

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. A. L DENGAN GAGAL GINJAL KRONIK
DI RUANGAN KENANGA RSUD. PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG**



NAMA : RUTAS ELTI SERAN

NIM : PO. 530320116326

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN

SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG

JURUSAN KEPERAWATAN

PRODI D III KEPERAWATAN

2019

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. A. L DENGAN GAGAL GINJAL KRONIK
DI RUANGAN KENANGA RSUD. PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG**

**Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk
menyelesaikan studi pada program Studi Diploma III Keperawatan
dan mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan**



NAMA : RUTAS ELTI SERAN

NIM : PO. 530320116326

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN

SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG

JURUSAN KEPERAWATAN

PRODI D III KEPERAWATAN

2019

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

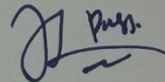
Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Rutas Elti Seran
NIM : PO. 530320116326
Program Studi : D-III Keperawatan
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

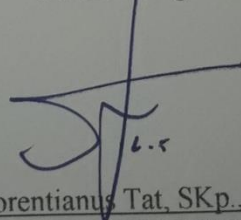
Kupang, 11 Juni 2019

Pembuat Pernyataan



Rutas Elti Seran
PO.530320116326

Mengetahui
Pembimbing



Dr. Florentianus Tat, SKp., M. Kes
NIP. 196911281993031005

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah Oleh Rutas Elti Seran, NIM : PO. 530320116326
dengan Judul “ Asuhan Keperawatan Pada An. A. L Dengan
Gagal Ginjal Kronik Di Ruang Kenanga RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang
” telah di periksa dan disetujui untuk diujikan.

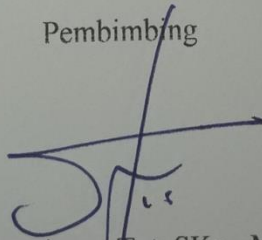
Disusun Oleh :



Rutas Elti Seran
PO. 530320116326

Telah Di Setujui untuk diseminarkan di depan dewan penguji Prodi D-III
Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
Pada Tanggal 11 Juni 2019

Pembimbing



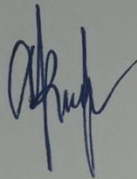
Dr. Florentianus Tat, SKp., M. Kes
NIP. 196911281993031005

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Rutas Elti Seran dengan judul
Asuhan Keperawatan Pada An. A. L Dengan Gagal Ginjal Kronik
Di Ruangana Kenanga RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang
Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada 12 Juni 2019.

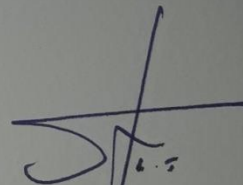
Dewan Penguji

Penguji I



Aben B. Y. H. Romana, S. Kep, Ns., M. Kep
NIP. 196711181989032001

Penguji II



Dr. Florentianus Tat, SKP., M. Kes
NIP. 196911281993031005

Mengesahkan

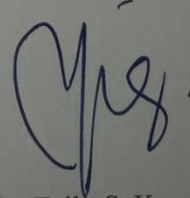
Ketua Jurusan Keperawatan



Dr. Florentianus Tat, SKP., M. Kes
NIP. 196911281993031005

Mengetahui

Ketua Program Studi



Margaretha Telli, S. Kep, Ns., MSc-PH
NIP. 197707272000032002

BIODATA PENULIS

Nama Lengkap : Rutas Elti Seran
Tempat tanggal lahir : Ponain, 24 September 1998
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Jln. Piet A. Tallo-Liliba.
Riwayat pendidikan :

1. Tamat TK Advent Ponain Tahun 2004.
2. Tamat SD Advent Ponain Tahun 2010.
3. Tamat SMP Advent Ponain Tahun 2013.
4. Tamat SMA Advent Ponain Tahun 2016.
5. Sejak Tahun 2016 kuliah di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.

MOTTO :

*“SEGALA PERKARA DAPAT KUTANGGUNG
DI DALAM DIA YANG MEMBERI KEKUATAN KEPADA KU”*

FILIPPI 4:13

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas kasih dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul Asuhan Keperawatan Pada An. A. L Dengan Gagal Ginjal Kronik Di Ruang Kenanga RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

Penulis menyadari bahwa selama penulisan Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapatkan dukungan dan bimbingan dari berbagai pihak, tidak terlepas dari bantuan tenaga, pikiran, dan dukungan moril. Oleh karena itu, penulis menyampaikan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat:

1. Bapak Dr. Florentianus Tat SKp., M. Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang dan pembimbing yang telah banyak memberi masukan bagi penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini sehingga dapat terselesaikan dengan baik.
2. Ibu Aben B. Y. H. Romana S. Kep, Ns., M.Kep selaku dosen penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi penyempurnaan karya tulis ilmiah ini.
3. Ibu Dr. Sabina Gero SKp., MSc selaku dosen pembimbing akademik yang dengan sabar membimbing, mendidik, dan mendukung penulis selama tiga tahun menempuh pendidikan di Program Studi D-III Keperawatan.
4. Ibu R. H Kristina SKM., M. Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
5. Ibu Margaretha Teli S. Kep, Ns., Msc-Ph selaku Ketua Program Studi Diploma III keperawatan Kupang.
6. Bapak dan ibu dosen Jurusan Keperawatan Kupang yang telah membimbing dan mendidik penulis selama mengikuti perkuliahan.
7. Untuk kedua orang tua, adik saya, Bapak Heminius Seran, Mama Aranci Seran, Adik Elis Seran serta keluarga besar yang telah mendidik, dan selalu

mendukung penulis baik moril maupun materi sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

8. Untuk sahabat-sahabat saya Maria Rajunita Nuga, Paulina A.A. Pery, Mirnawati Nogo, Mahardika Taneo, Yeyen Joltuwu, Simporiana Stania Lagu, Adina Soares, Elita Seran, Ina Erni Putri Bungsu Kana, Metri Bokos, Meki Bokos, Ramon A. Tobe, Simon Taus, Victorio P. Lado, Novi Rede Dida, Mesri Zakharias, Musa Wedjo, Yuyun Dimu Ludji, Windi Mooy, Jems Mbooh, yang selalu membantu, menghibur, mendukung dan menyemangati penulis.
9. Untuk teman-teman angkatan 25 terutama Tingkat 3 Reguler B yang selama ini selalu berjuang bersama dan sudah banyak membantu penulis selama 3 tahun bersama di Keperawatan Poltekkes Kupang.
10. Dan semua pihak yang telah membantu penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa laporan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu segala saran dan kritik sangat penulis harapkan dalam penyempurnaan laporan Karya Tulis Ilmiah ini.

Kupang, 11 Juni 2019

Penulis

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan Pada An. A. L Dengan Gagal Ginjal Kronik Di Ruangan Kenanga RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

Oleh : Rutas Elti Seran

Latar Belakang : Gagal ginjal kronik adalah gangguan fungsi ginjal yang menahun dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit yang menyebabkan uremia atau dikenal dengan retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah. Dampak yang terjadi pada penderita Gagal ginjal kronik : gagal jantung akibat iskemia miokardial, hipertrofi ventrikel kiri, anemia, penyakit tulang. Desain penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara (hasil anamnesa tentang identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang dan dahulu), observasi dan pemeriksaan fisik.

Tujuan: Untuk mendapat gambaran tentang asuhan keperawatan pada An. A. L dengan Gagal Ginjal Kronik.

Hasil: Hasil pengkajian didapatkan pasien mengeluh bengkak pada kedua kaki, pipi dan perut kembung. Terdapat bengkak pada kedua ekstremitas bawah, pipi dan palpebra, terdapat asites, udem +1. Diagnosa keperawatan adalah kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Intervensi yang diterapkan pada pasien adalah monitor intake dan output cairan. Implementasi yang dilakukan adalah monitor masukan makanan/ cairan dan pemberian obat captopril dan prednison. Evaluasi didapatkan masih terdapat udem pada kedua kaki, pipi dan palpebra, ada asites.

Kesimpulan: Asuhan keperawatan pada pasien An. A. L dengan Gagal Ginjal Kronik dilakukan melalui 5 tahap proses keperawatan. Semua masalah keperawatan untuk mengatasi masalah-masalah keperawatan diatas dapat dilakukan secara optimal.

Saran: Bagi perawat yaitu memberikan informasi kepada pasien dan keluarga mengenai penyakit gagal ginjal kronik, dan memfasilitasi pasien dalam melakukan perawatan diri selama di rawat di rumah sakit. Saran bagi pasien dan keluarga yaitu menjalani terapi pengobatan dengan teratur sehingga mempercepat proses penyembuhan, melakukan perawatan diri sesuai teori yang diterapkan selama perawatan dan berpartisipasi dalam menjaga asupan cairan.

Kata kunci: Gagal Ginjal Kronik, Asuhan Keperawatan.

DAFTAR ISI

	Hal
Halaman Judul dan Prasyarat Gelar	i
Pernyataan Keaslian Tulisan	ii
Lembar Persetujuan	iii
Lembar Pengesahan	iv
Biodata	v
Kata Pengantar	vi
Abstrak	viii
Daftar Isi	ix
Daftar Tabel	xi
Daftar Bagan	xii
Daftar Lampiran	xiii
BAB I Pendahuluan	
1.1. Latar Belakang Masalah	1
1.2. Tujuan Karya Tulis Ilmiah	4
1.3. Manfaat Karya Tulis Ilmiah	4
BAB II Tinjauan Pustaka	
2.1 Konsep teori	6
2.1.1 Pengertian Gagal Ginjal Kronik	6
2.1.2 Etiologi Gagal Ginjal Kronik	7
2.1.3 Patofisiologi Gagal Ginjal Kronik	7
2.1.4 Manifestasi Klinis	11
2.1.5 Pemeriksaan Penunjang	12
2.1.6 Penatalaksanaan	15
2.1.7 Komplikasi Gagal Ginjal Kronik	17
2.2. Konsep Asuhan Keperawatan	18
2.2.1 Pengkajian Keperawatan	18
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	20
2.2.3 Intervensi Keperawatan	22
2.2.4 Implementasi Keperawatan	27
2.2.5 Evaluasi Keperawatan	27
BAB III Hasil Studi Kasus dan Pembahasan	
3.1 Hasil Studi Kasus	29
3.1.1 Pengkajian Keperawatan	29

3.1.2 Diagnosa Keperawatan	33
3.1.3 Intervensi Keperawatan	36
3.1.4 Implementasi Keperawatan	40
3.1.5 Evaluasi Keperawatan	44
3.2 Pembahasan Studi Kasus	47
3.2.1 Pengkajian Keperawatan	47
3.2.2 Diagnosa Keperawatan	50
3.2.3 Intervensi Keperawatan	52
3.2.4 Implementasi Keperawatan	54
3.2.5 Evaluasi Keperawatan	55
3.3 Keterbatasan Studi Kasus	56
BAB IV PENUTUP	
4.1 Kesimpulan	57
4.1.1 Pengkajian	57
4.1.2 Diagnosa Keperawatan	57
4.1.3 Intervensi	58
4.1.4 Implementasi	58
4.1.5 Evaluasi	59
4.2 Saran	59
4.2.1 Bagi Penulis.	59
4.2.2 Bagi Institusi	60
4.2.3 Bagi Rumah Sakit	60
DAFTAR PUSTAKA	61
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Hal
3.1 Analisa Data	31

DAFTAR BAGAN

	Halaman
2.1 Pathway Gagal Ginjal kronik	9
3.1 Genogram	28

DAFTAR LAMPIRAN

1. Jadwal Kegiatan
2. Format Asuhan Keperawatan
3. Format Balance Cairan
4. SAP
5. Leaflet
6. Lembar Konsultasi

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gagal ginjal adalah ketidakmampuan ginjal untuk mengekskresikan zat sisa (sampah) tubuh, memekatkan urine, dan menyimpan elektrolit. Gagal ginjal kronik adalah gangguan fungsi renal yang progresif dan ireversibel dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga terjadi uremia (Margareth & Rendy, 2012: 30).

Populasi paling sedikit 6 % dari populasi dewasa di Amerika Serikat mengidap penyakit ginjal kronik stadium 1 dan 2. Sebagian dari kelompok ini akan berlanjut ke stadium-stadium penyakit ginjal kronik yang lebih berat. Sebanyak 4,5% dari populasi Amerika Serikat diperkirakan mengidap penyakit ginjal kronis stadium 3 dan 4. Kausa tersering penyakit ginjal kronis adalah nefropati diabetikum, terutama akibat diabetes melitus tipe 2. Nefropati hipertensif adalah penyebab penyakit ginjal kronis yang sering dijumpai pada usia lanjut karena iskemia kronik pada ginjal akibat penyakit renovaskuler pembuluh kecil dan besar dapat berlangsung tanpa disadari. Nefrosklerosis progresif akibat penyakit vaskuler adalah padanan ginjal untuk proses yang sama yang menyebabkan penyakit jantung koroner dan penyakit serebrovaskuler (Harrison, 2013: 107).

Hasil penelitian yang didapatkan menunjukkan pada tahun 2013 populasi diatas 15 tahun yang terdiagnosis gagal ginjal kronis sebesar 0,2%. Angka ini lebih rendah dibandingkan prevalensi PGK (Penyakit Ginjal Kronik) di negara-negara lain. Sedangkan provinsi dengan prevalensi tertinggi adalah Sulawesi Tengah sebesar 0,5%, diikuti Aceh, Gorontalo, dan Sulawesi Utara masing-masing 0,4 % (Infodatin, 2017).

Data Gagal Ginjal Kronik Di Ruangan Kenanga RSUD Prof. Dr. W. Z Johannes Kupang, dari bulan September 2018 jumlah pasien yang masuk pada bulan September 2018 sebanyak 32 pasien dan 1 diantaranya menderita penyakit GNA, pada bulan Oktober 2018 dari 35 pasien 2 diantaranya menderita penyakit ISK dan GNA. Pada bulan November 2018 sampai dengan bulan Januari 2019 dari total 182 pasien tidak ada yang didiagnosa penyakit yang berhubungan dengan system perkemihan. Pada bulan Februari dan Maret 2019 dari total 166 pasien 3 diantaranya didiagnosa menderita penyakit ISK. Sedangkan pada bulan April 2019 dari total 22 pasien, 1 diantaranya menderita GNA. (Register Ruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W. Z Johannes Kupang, 2018).

Gagal ginjal kronik dapat menimbulkan beberapa dampak yang dapat mengakibatkan gangguan terhadap berbagai sistem tubuh diantaranya kelainan pada sistem kardiovaskuler yaitu gagal jantung akibat iskemia miokardial, hipertrofi ventrikel kiri disertai oleh retensi garam dan air. Gagal ginjal kronik juga dapat mengakibatkan anemia karena sekresi eritropoetin yang mengalami defisiensi di ginjal akan mengakibatkan penurunan hemoglobin. Dampak lain dari gagal ginjal kronik yaitu penyakit tulang karena penurunan kadar kalsium (hipokalsemia) secara langsung mengakibatkan dekalsifikasi matriks tulang, sehingga tulang akan menjadi rapuh (Osteoporosis) dan jika berlangsung lama akan menyebabkan fraktur patologis (Price & Wilson, 2012: 203).

Beberapa upaya yang dapat dilakukan pada pasien gagal ginjal kronik diantaranya dialisis dan transplantasi ginjal. Dialisis merupakan proses pemisahan substansi koloid dan kristaloid dalam larutan berdasarkan perbedaan laju difusi melalui membrane semipermeabel. Terdapat 3 Metode dialisis yang kini digunakan yaitu dialisis peritoneal, hemodialisis dan hemofiltrasi. Sedangkan transplantasi ginjal adalah pencangkokan ginjal yang dapat diperoleh dari donor kerabat yang masih hidup yang biasanya berasal dari orangtua atau saudara atau dari donor cadaver yang diperoleh dari pasien yang sudah

meninggal yang keluarganya telah menyetujui untuk menyumbangkan organ ginjal tersebut (Wong, dkk, 2009: 1202).

Diagnosa keperawatan yang biasa muncul pada klien dengan gagal ginjal kronik yaitu Penurunan curah jantung berhubungan dengan beban jantung meningkat, Kelebihan volume cairan yang berhubungan dengan kegagalan mekanisme pengaturan ginjal, Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi, Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis, Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan perubahan status cairan dan Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang pajaran (Pranata & Prabowo (2014) dan Margareth (2012).

Peran perawat dalam pengobatan pada pasien dengan gagal ginjal kronik khususnya pada anak adalah perawat bertanggung jawab memberikan penyuluhan kepada keluarga mengenai penyakit, implikasi dan rencana terapi, kemungkinan efek psikologis penyakit dan penanganannya karena pada remaja yang sangat membutuhkan kemandirian dan cenderung memberontak, biasanya kurang beradaptasi dengan baik. Mereka marah karena dikendalikan dan dipaksa bergantung pada program terapi yang keras dan tidak dapat ditawar. Selain itu perawat berperan dalam pembatasan diet pada anak dan memberi kesempatan anak terutama remaja untuk berpartisipasi atas program terapinya sendiri, dikarenakan pembatasan diet terutama membebani anak dan orangtua. Anak akan merasa diabaikan ketika mereka tidak boleh memakan makanan yang tadinya sangat disukai sedangkan anggota keluarga yang lainnya boleh memakan makanan tersebut. Beberapa anak yang tidak memahami tujuan pembatasan makanan, akan mencuri-curi makanan yang dilarang dalam setiap kesempatan, untuk itu harus diberikan kesempatan pada anak untuk berpartisipasi dalam program terapinya sendiri (Wong, dkk, 2009: 1200).

Berdasarkan data di atas, penulis tertarik untuk menyusun sebuah Studi Kasus dengan judul Asuhan Keperawatan pada An. A. L dengan Gagal Ginjal Kronik di Ruang Kenanga di RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

1.2 Tujuan Studi Kasus

1.2.1 Tujuan Umum

Menggambarkan Asuhan Keperawatan Pada An. A. L dengan Gagal Ginjal Kronik Di Ruang Kenanga RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mampu menggambarkan hasil Pengkajian Pada An. A. L dengan Gagal Ginjal Kronik Di Ruang Kenanga RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
2. Mampu mengidentifikasi Diagnosa keperawatan Pada An. A. L dengan Gagal Ginjal Kronik Di Ruang Kenanga RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
3. Mampu mengidentifikasi Intervensi keperawatan Pada An. A. L dengan Gagal Ginjal Kronik Di Ruang Kenanga RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
4. Mampu mengidentifikasi Implementasi keperawatan Pada An. A. L dengan Gagal Ginjal Kronik Di Ruang Kenanga RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
5. Mampu mengidentifikasi Evaluasi keperawatan Pada An. A. L dengan Gagal Ginjal Kronik Di Ruang Kenanga RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

1.3 Manfaat Studi Kasus

1. Bagi Penulis

Menambah wawasan dalam bidang keperawatan anak tentang asuhan keperawatan yang diberikan pada anak dengan Gagal Ginjal Kronik.

2. Bagi Institusi

Sebagai acuan dalam kegiatan proses belajar tentang asuhan keperawatan pada anak yang mengalami Gagal Ginjal Kronik.

3. Bagi Rumah Sakit

Sebagai masukan bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya pada anak dengan Gagal Ginjal Kronik.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit Gagal Ginjal Kronik

2.1.1 Pengertian Gagal Ginjal Kronik

Gagal ginjal kronik atau penyakit ginjal tahap akhir adalah gangguan fungsi ginjal yang menahun bersifat progresif dan irreversible. Dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit yang menyebabkan uremia atau dikenal dengan retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah (Margareth & Rendy, 2012: 30).

Gagal ginjal kronik atau penyakit ginjal tahap akhir (*end stage renal disease* atau ESRD) terjadi bila ginjal yang sakit tidak mampu mempertahankan komposisi kimiawi cairan tubuh dalam batas normal di bawah kondisi normal. Akumulasi berbagai substansi biokimia dalam darah yang terjadi karena penurunan fungsi ginjal yang menimbulkan komplikasi seperti retensi produk sisa, retensi air dan natrium, hiperkalemia, asidosis metabolik, gangguan kalsium dan fosfor, anemia dan gangguan pertumbuhan (Wong, dkk 2012: 555).

Gagal ginjal biasanya dibagi menjadi dua kategori yang luas yaitu kronik dan akut. Gagal ginjal kronik merupakan perkembangan gagal ginjal yang progresif dan lambat (biasanya berlangsung beberapa tahun), sebaliknya gagal ginjal akut terjadi dalam beberapa hari atau beberapa minggu. Pada kedua kasus tersebut, ginjal kehilangan kemampuannya untuk mempertahankan volume dan komposisi cairan tubuh dalam keadaan asupan makanan normal (Price & Wilson, 2012: 912).

2.1.2 Etiologi

Gagal ginjal pada bayi dan anak sering terjadi akibat anomaly ginjal atau traktus urinarius congenital seperti hipoplasia atau dysplasia ginjal, penyakit ginjal kistik dan kelainan ureter, katup vesikoureter dan uretra. Refluks vesikoureter bertekanan tinggi akibat obstruksi dapat menghancurkan ginjal in utero. Refluks minor akibat inkompetensi katup vesikoureter pun mampu menambah kerentanan terhadap infeksi ginjal, dan pielonefritis berulang dengan parut ginjal merupakan penyebab gagal ginjal kronik yang lazim pada anak semua usia. Neurogenik bladder, suatu masalah lazim pada anak dengan spina bifida, kadang-kadang disertai dengan cedera ginjal berat karena refluks dan infeksi. Penyakit glomerulus tidak lazim ditemukan pada masa bayi tetapi merupakan penyebab gagal ginjal yang semakin sering sesudah usia beberapa tahun pertama. Ginjal juga dapat ikut terkena pada penyakit sistemik, seperti lupus atau sindrom hemolitik-uremik. Kadang-kadang penyebab gagal ginjal kronik pada anak adalah nekrosis korteks karena anoksia ginjal, obat nefrotoksik, dan racun serta kesalahan metabolisme bawaan seperti sistinosis dan hipereoksaluria kongenital (Rudolph, dkk 2014: 1478).

2.1.3 Patofisiologi

Menurut Pranata & Prabowo (2014) dan Harrison (2013) Gagal ginjal kronis seringkali menjadi penyakit komplikasi dari penyakit lainnya, sehingga merupakan penyakit sekunder. Penyebab yang sering adalah diabetes melitus dan hipertensi. Selain itu ada beberapa penyebab lain dari gagal ginjal kronis yaitu penyakit glomerular kronis (glomerulonefritis), infeksi kronis (pyelonefritis kronis, tuberculosis), kelainan kongenital (polikistik ginjal), penyakit vaskuler (renal nephrosclerosis), obstruksi saluran kemih (nephrolithiasis), penyakit kolagen (systemik lupus erythematosus) dan obat-obatan nefrotoksik (aminoglikosida). Pada awalnya

beberapa penyakit ginjal terutama menyerang glomerulus (glomerulonefritis), sedangkan jenis yang lain menyerang tubulus ginjal atau dapat juga mengganggu perfusi darah pada parenkim ginjal (nefrosklerosis) sehingga menyebabkan suplai darah ke ginjal turun maka laju filtrasi glomerulus menurun sehingga menyebabkan seseorang menderita gagal ginjal kronis, akibatnya sekresi protein terganggu, retensi natrium dalam darah, dan sekresi eritropoetin turun. Bila proses penyakit tidak dihambat, maka pada semua kasus seluruh nefron akhirnya hancur dan diganti dengan jaringan parut. Bila nefron terserang penyakit, maka seluruh unitnya akan hancur, namun sisa nefron yang masih utuh tetap bekerja normal. Uremia akan terjadi bila jumlah nefron sudah sangat berkurang sehingga keseimbangan cairan dan elektrolit tidak dapat dipertahankan lagi.

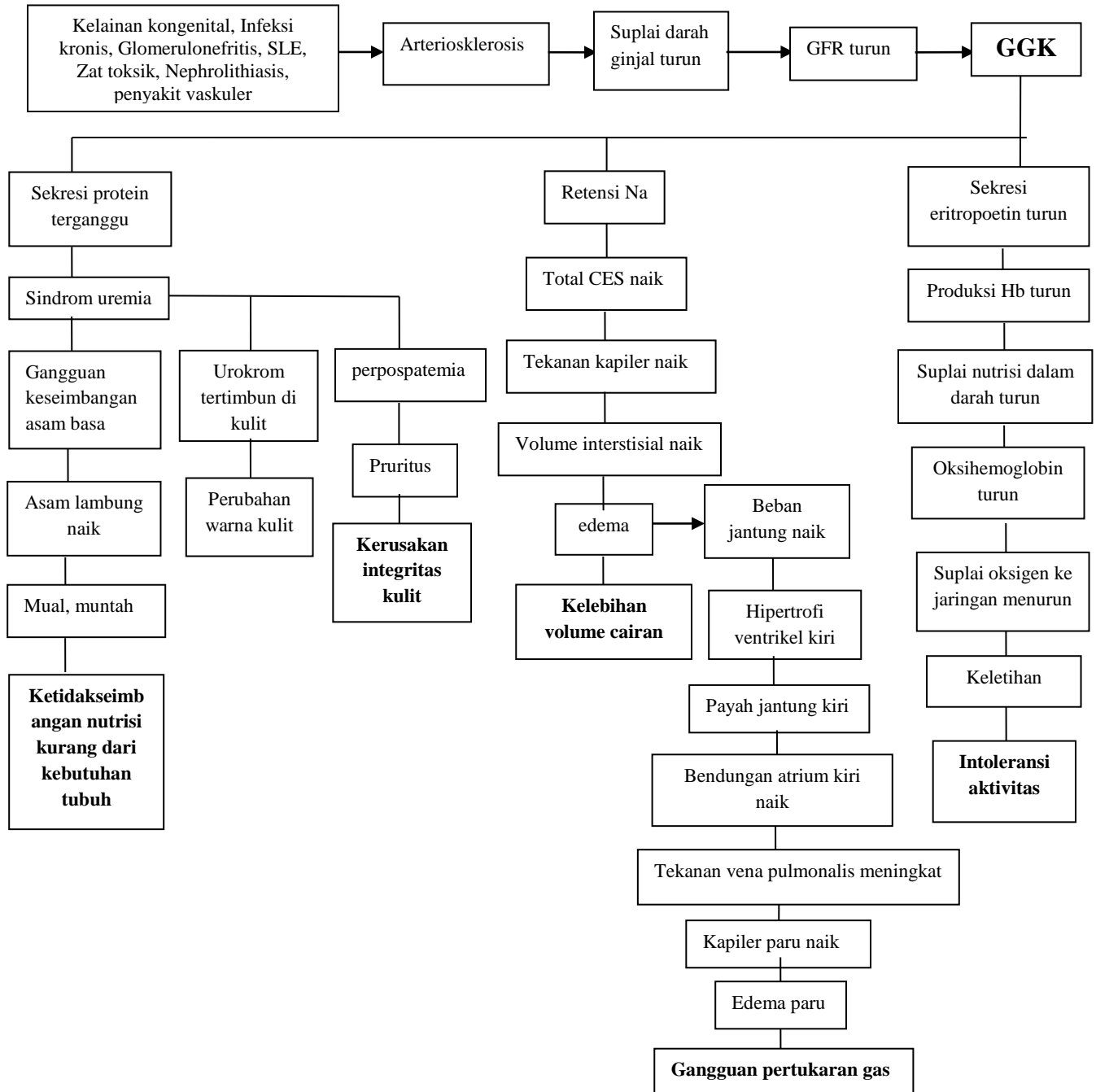
Fungsi renal menurun, produk akhir metabolisme protein (yang normalnya diekskresikan ke dalam urin) tertimbun dalam darah sehingga terjadi sindrom uremia yang jika tidak dikeluarkan oleh tubuh lewat urin maka akan mempengaruhi keseimbangan asam basa, tertimbunnya urokrom di kulit dan prepospatemia.

Gangguan keseimbangan asam basa akan memicu asam lambung naik memicu terjadinya iritasi pada lambung dan menyebabkan seseorang mengalami nyeri abdomen, mual, muntah dan perdarahan saluran cerna sehingga diagnosa keperawatan yang muncul adalah Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Salah satu akibat dari sindrom uremia adalah tertimbunnya urokrom di kulit. Urokrom yang tertimbun di kulit dapat menyebabkan seseorang dengan gagal ginjal kronik mengalami perubahan pada warna kulit yang terlihat lebih gelap. Perpospatemia adalah salah satu dampak dari sindrom uremia jika tidak ditangani. Perpospatemia menyebabkan pruritus maka diagnosa keperawatan yang muncul kerusakan integritas kulit.

Masalah yang timbul akibat gagal ginjal kronik adalah kurangnya produksi eritropoetin oleh ginjal yang sakit. Sekresi eritropoetin yang mengalami defisiensi di ginjal akan mengakibatkan penurunan hemoglobin sehingga oksihemoglobin turun dan menyebabkan suplai oksigen ke jaringan turun menyebabkan seseorang cepat lelah saat beraktivitas maka diagnosa keperawatan yang timbul intoleransi aktivitas.

Pada kebanyakan pasien dengan penyakit ginjal kronik stabil, kandungan natrium dan air tubuh total meningkat sedang, meskipun hal ini mungkin tidak terlihat pada pemeriksaan klinis. Banyak bentuk penyakit ginjal (mis. Glomerulonefritis) mengganggu keseimbangan glomerulotubular ini sedemikian rupa sehingga asupan natrium dari makanan melebihi ekskresinya di urin, menyebabkan retensi natrium dan ekspansi volume cairan ekstrasel (VCES) naik. Jika ekspansi volume cairan ekstrasel naik maka tekanan kapiler meningkat dan menyebabkan volume interstisial naik sehingga timbul edema maka diagnosa keperawatan yang dapat diambil kelebihan volume cairan. Jika edema tidak segera diatasi maka beban jantung meningkat yang menyebabkan prognosis yang buruk, termasuk terbentuknya hipertrofi ventrikel dan semakin cepatnya penurunan fungsi ginjal. Hipertrofi ventrikel kiri dapat menyebabkan gagal jantung atau bahkan serangan edema paru. Gagal jantung dapat merupakan konsekuensi dari disfungsi diastolik atau sistolik atau keduanya. Juga dapat terjadi suatu bentuk edema paru 'tekanan darah' pada penyakit ginjal kronis stadium lanjut, yang bermanifestasi sebagai napas yang pendek dan cairan edema alveolus. Temuan ini dapat dijumpai bahkan tanpa adanya kelebihan VCES dan berkaitan dengan tekanan baji kapiler paru yang normal atau sedikit meningkat. Proses ini diperkirakan disebabkan oleh meningkatnya permeabilitas membran kapiler alveolus sebagai manifestasi dari keadaan uremik, dan berespons terhadap dialisis, maka diagnosa keperawatan yang dapat diambil adalah gangguan pertukaran gas.

2.1 Pathway Gagal Ginjal



(Nurarif & Hardhi, 2013)

2.1.4 Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala klinis pada gagal ginjal kronis dikarenakan gangguan yang bersifat sistemik. Ginjal sebagai organ koordinasi dalam peran sirkulasi memiliki fungsi yang banyak (*organs multifunction*), sehingga kerusakan kronis secara fisiologis ginjal akan mengakibatkan gangguan keseimbangan sirkulasi dan vasomotor. Berikut ini adalah tanda dan gejala yang ditunjukkan oleh gagal ginjal kronis menurut Pranata & Prabowo (2014: 198).

1. Ginjal dan gastrointestinal

Sebagai akibat dari hiponatremi maka timbul hipotensi, mulut kering, penurunan turgor kulit, kelemahan, dan mual kemudian terjadi penurunan kesadaran (*somnolen*) dan nyeri kepala yang hebat. Dampak dari peningkatan kalium adalah peningkatan iritabilitas otot dan akhirnya otot mengalami kelemahan. Kelebihan cairan yang tidak terkompensasi akan mengakibatkan asidosis metabolik. Tanda paling khas adalah terjadinya penurunan urine output dengan sedimentasi yang tinggi.

2. Kardiovaskuler

Biasanya terjadi hipertensi, gagal jantung, edema periorbital dan edema perifer.

3. Gastrointestinal

Biasanya menunjukkan adanya inflamasi dan ulserasi pada mukosa gastrointestinal karena stomatitis, ulserasi, dan perdarahan gusi, dan kemungkinan juga disertai parotitis. Kejadian sekunder biasanya mengikuti seperti anoreksia, nausea, dan vomiting.

4. Integumen

Kulit pucat, kekuning-kuningan, kecoklatan, kering dan ada scalp. Selain itu biasanya juga menunjukkan adanya purpura, ekimosis, petechie, dan timbunan urea pada kulit.

5. Neurologis

Biasanya ditunjukkan dengan adanya neuropathy perifer, nyeri, gatal pada lengan dan kaki. Selain itu, juga adanya kram pada otot dan refleks kedutan, daya memori menurun, apatis, rasa kantuk meningkat, iritabilitas, pusing, koma, dan kejang. Dari hasil EEG menunjukkan adanya perubahan metabolik encephalopathy.

6. Endokrin

Bisa terjadi infertilitas dan penurunan libido, amenorrhea, dan gangguan siklus menstruasi pada wanita, penurunan sekresi sperma, peningkatan sekresi aldosteron dan kerusakan metabolisme karbohidrat.

7. Hematopoietic

Terjadi anemia, penurunan waktu hidup sel darah merah, trombositopenia (dampak dari dialysis), dan kerusakan platelet. Biasanya masalah yang serius pada system hematologi ditunjukkan dengan adanya perdarahan (purpura, ekimosis dan petechie).

8. Musculoskeletal

Nyeri pada sendi dan tulang, demineralisasi tulang, fraktur patologis dan kalsifikasi (otak, mata, gusi, sendi, miokard).

2.1.5 Pemeriksaan Penunjang

Berikut ini adalah pemeriksaan penunjang yang dibutuhkan untuk menegakkan diagnosa gagal ginjal kronis (Pranata & Prabowo, 2014: 201):

1. Biokimiawi

Pemeriksaan utama dari analisa fungsi ginjal adalah ureum dan kreatinin plasma. Untuk hasil yang lebih akurat untuk mengetahui fungsi ginjal adalah dengan analisa creatinine clearance (klirens kreatinin). Selain pemeriksaan fungsi ginjal (*renal function test*), pemeriksaan kadar elektrolit juga harus dilakukan untuk mengetahui status keseimbangan elektrolit dalam tubuh sebagai bentuk kinerja ginjal.

2. Urinalisis

Urinalisis dilakukan untuk menapis ada/ tidaknya infeksi pada ginjal atau ada/ tidaknya perdarahan aktif akibat inflamasi pada jaringan parenkim ginjal.

3. Ultrasonografi ginjal

Imaging (gambaran) dari ultrasonografi akan memberikan informasi yang mendukung untuk menegakkan diagnosa gagal ginjal. Pada klien gagal ginjal biasanya menunjukkan adanya obstruksi atau jaringan parut pada ginjal. Selain itu, ukuran dari ginjal pun akan terlihat.

Menurut Lemone, dkk (2016: 1067) pemeriksaan diagnostik digunakan baik untuk mengidentifikasi gagal ginjal kronik maupun memonitor fungsi ginjal. Sejumlah pemeriksaan dapat dilakukan untuk menentukan penyebab gangguan ginjal. Ketika diagnosis ditegakkan, fungsi ginjal dimonitor terutama lewat kadar sisa metabolik dan elektrolit dalam darah.

1. Urinalisis

Dilakukan untuk mengukur berat jenis urine dan mendeteksi komponen urine yang abnormal. Pada gagal ginjal kronik, berat jenis dapat tetap pada sekitar 1,010 akibat kerusakan sekresi tubulus, reabsorpsi dan kemampuan memekatkan urine. Protein abnormal, sel darah dan bekuan sel dapat juga ditemukan di urine.

2. Kultur urine

Diinstruksikan untuk mengidentifikasi infeksi saluran kemih yang mempercepat perkembangan gagal ginjal kronik.

3. BUN dan kreatinin serum

Diambil untuk mengevaluasi fungsi ginjal dan mengkaji perkembangan gagal ginjal. BUN 20-50 mg/dL mengindikasikan azotemia ringan; kadar lebih dari 100 mg/dL mengindikasikan kerusakan ginjal berat. Gejala

uremia ditemukan saat BUN sekitar 200 mg/dL atau lebih tinggi. Kadar serum kreatinin lebih dari 4 mg/dL mengindikasikan kerusakan ginjal serius.

4. eGFR

digunakan untuk mengevaluasi GFR dan stadium penyakit ginjal kronik. eGFR adalah perhitungan nilai yang ditentukan menggunakan rumus yang memasukkan kreatinin serum, usia, jenis kelamin dan ras pasien.

5. Elektrolit serum

Dimonitor lewat perjalanan gagal ginjal kronik. Natrium serum dapat berada dalam batasan normal atau rendah karena retensi air. Kadar kalium naik tetapi biasanya tetap dibawah 6,5 mEq/L. Fosfor serum naik dan kadar kalsium turun. Asidosis metabolik diidentifikasi dengan pH rendah, CO₂ rendah, dan kadar bikarbonat rendah.

6. CBC

Menunjukkan anemia sedang ke arah berat dengan hematokrit 20% hingga 30% dan hemoglobin rendah. Jumlah sel darah merah dan trombosit turun.

7. Ultrasonografi ginjal

Dilakukan untuk mengevaluasi ukuran ginjal. Pada gagal ginjal kronik, ukuran ginjal berkurang karena nefron hancur dan massa ginjal mengecil.

8. Biopsi ginjal

Dapat dilakukan untuk mengidentifikasi proses penyakit penyebab jika ini tidak jelas. Selain itu juga digunakan untuk membedakan gagal ginjal akut dan gagal ginjal kronik. Biopsi ginjal dapat dilakukan pada pembedahan atau dilakukan menggunakan biopsi jarum.

2.1.6 Penatalaksanaan

Menurut Wong, dkk (2009) Pada gagal ginjal yang bersifat ireversibel, tujuan penatalaksanaan medis antara lain meningkatkan fungsi ginjal sampai taraf maksimal, mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit dalam batas biokimiawi yang aman, mengobati komplikasi sistemik dan meningkatkan kualitas kehidupan hingga taraf seaktif dan senormal mungkin bagi anak tersebut.

a. Pengaturan diet

Tujuan diet pada gagal ginjal adalah memberikan kalori dan protein yang cukup bagi pertumbuhan anak sekaligus membatasi kebutuhan ekskresi pada ginjal, meminimalkan penyakit tulang metabolik, dan meminimalkan gangguan cairan dan elektrolit.

Asupan natrium dan air biasanya tidak dibatasi kecuali bila terdapat gejala edema dan hipertensi, dan asupan kalium umumnya tidak dibatasi.

Asupan fosfor harus dikendalikan melalui pengurangan asupan protein dan susu untuk mencegah atau mengoreksi gangguan keseimbangan kalsium atau fosfor. Kadar fosfor dapat dikurangi lebih lanjut dengan pemberian karbonat per oral yang berikatan dengan fosfor menurunkan absorpsi gastrointestinal dan menurunkan kadar fosfat serum.

b. Penatalaksanaan teknologik gagal ginjal

1. Dialisis

Dialisis merupakan proses pemisahan substansi koloid dan kristaloid dalam larutan berdasarkan perbedaan laju difusi melalui membran semipermeabel. Metode dialisis yang kini tersedia adalah dialisis peritoneal dengan rongga abdomen berfungsi sebagai membran semipermeabel yang dapat dilalui oleh air dan zat terlarut yang ukuran molekulnya kecil; hemodialisis yaitu darah yang disirkulasikan diluar tubuh melalui membran buatan yang memungkinkan alur yang sama untuk air dan zat terlarut; hemofiltrasi yaitu filtrat darah yang disirkulasi

di luar tubuh dengan diberi tekanan hidrostatik melintasi membran semipermeabel sambil pada saat yang bersamaan dimasukkan larutan pengganti.

2. Transplantasi

Transplantasi memberikan kesempatan kepada pasien untuk menjalani hidup yang relative normal dan merupakan bentuk terapi pilihan untuk anak-anak yang menderita gagal ginjal kronik. Ginjal untuk ditransplan diperoleh dari dua sumber yaitu donor kerabat yang masih hidup (*living related donor/ LDR*) yang biasanya berasal dari orangtua atau saudara kandung, atau donor kadaver, yaitu yang berasal dari pasien yang sudah meninggal atau yang sudah mengalami kematian otak yang keluarganya yang menyetujui untuk menyumbangkan organ ginjal yang sehat tersebut. Tujuan utama transplantasi adalah kelangsungan hidup jaringan yang dicangkokkan dalam jangka waktu lama dengan melindungi jaringan yang secara antigen serupa dengan jaringan yang terdapat pada resipien dan dengan menekan mekanisme imun resipien.

Menurut Lemone, dkk (2014: 1068) mengatakan bahwa dalam mempertahankan nutrisi yang cukup dan mencegah kekurangan gizi kalori protein adalah fokus penatalaksanaan nutrisi selama tahap awal gagal ginjal kronik. Saat fungsi ginjal menurun, eliminasi air, zat terlarut, dan sisa metabolik rusak. Akumulasi zat sisa ini dalam tubuh memperlambat perkembangan kerusakan nefron, menurunkan gejala uremia, dan membantu mencegah komplikasi.

Tidak seperti karbohidrat dan lemak, tubuh tidak dapat menyimpan kelebihan protein. Protein dalam makanan yang tidak dipakai dipecah menjadi urea dan sisa nitrogen lainnya, yang kemudian dieliminasi oleh ginjal. Makanan kaya protein juga mengandung ion anorganik seperti ion hydrogen, fosfat, dan sulfat yang dieliminasi oleh ginjal. Asupan protein

harian 0,6 g/kg berat badan tubuh atau sekitar 40 g/hari untuk rata-rata pasien pria, memberikan asam amino yang dibutuhkan untuk perbaikan jaringan. Protein harus mempunyai nilai biologis tinggi, kaya asam amino esensial. Asupan karbohidrat ditingkatkan untuk mempertahankan kebutuhan energi dan memberikan sekitar 35 kkal/kg per hari.

Asupan air dan natrium diatur untuk mempertahankan volume cairan ekstraseluler pada kadar normal. Asupan air 1-2 L per hari biasanya dianjurkan untuk mempertahankan keseimbangan air. Natrium dibatasi hingga 2 g per hari pada awalnya. Batasan air dan natrium yang lebih ketat dapat dibutuhkan pada saat gagal ginjal memburuk. Pasien diinstruksikan untuk memonitor berat badan tiap hari dan melaporkan kenaikan berat badan lebih dari 2,3 kg selama periode 2 hari.

Pada stadium 4 dan 5, asupan kalium dan fosfor juga dibatasi. Asupan kalium dibatasi hingga kurang dari 60 hingga 70 mEq/hari (asupan normal dalam sekitar 100 mEq/ hari). Pasien diperingatkan untuk menghindari pemakaian pengganti garam. Yang biasanya berisi kadar kalium klorida tinggi. Makanan tinggi fosfor mencakup telur, produk susu, dan daging.

2.1.7 Komplikasi Gagal Ginjal Kronik

Menurut Pranata & Prabowo (2014) Komplikasi yang dapat ditimbulkan dari penyakit gagal ginjal kronik adalah:

1. Penyakit tulang

Penurunan kadar kalsium (hipokalsemia) secara langsung akan mengakibatkan dekalsifikasi matriks tulang, sehingga tulang akan menjadi rapuh (osteoporosis) dan jika berlangsung lama akan menyebabkan fraktur patologis.

2. Penyakit kardiovaskuler

Ginjal sebagai kontrol sirkulasi sistemik akan berdampak secara sistemik berupa hipertensi, kelainan lipid, intoleransi glukosa, dan kelainan hemodinamik (sering terjadi hipertrofi ventrikel kiri).

3. Anemia

Selain berfungsi dalam sirkulasi, ginjal juga berfungsi dalam rangkaian hormonal (endokrin). Sekresi eritropoetin yang mengalami defisiensi di ginjal akan mengakibatkan penurunan hemoglobin.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Gagal Ginjal Kronik

2.2.1 Pengkajian

Menurut Pranata & Prabowo (2014: 204) Pengkajian pada klien gagal ginjal kronis sebenarnya hampir sama dengan klien gagal ginjal akut, namun disini pengkajian lebih penekanan pada support system untuk mempertahankan kondisi keseimbangan dalam tubuh. Dengan tidak optimalnya/ gagalnya fungsi ginjal, maka tubuh akan melakukan upaya kompensasi selagi dalam batas ambang kewajaran. Tetapi, jika kondisi ini berlanjut (kronis) maka akan menimbulkan berbagai manifestasi klinis yang menandakan gangguan system tersebut. Berikut ini adalah pengkajian keperawatan pada klien dengan gagal ginjal kronis:

1. Biodata

Tidak ada spesifikasi khusus untuk kejadian gagal ginjal, namun laki-laki sering memiliki risiko lebih tinggi terkait dengan pekerjaan dan pola hidup sehat. Gagal ginjal kronis merupakan periode lanjut dari insidensi gagal ginjal akut, sehingga tidak berdiri sendiri.

2. Keluhan Utama

Keluhan sangat bervariasi, terlebih jika terdapat penyakit sekunder yang menyertai. Keluhan bisa berupa urine output yang menurun (oliguria) sampai pada anuria, penurunan kesadaran karena komplikasi pada system

sirkulasi-ventilasi, anoreksia, mual dan muntah, napas berbau urea. Kondisi ini dipicu oleh penumpukan zat sisa metabolisme toksin dalam tubuh karena ginjal mengalami kegagalan filtrasi.

3. Riwayat kesehatan sekarang

Pada klien dengan gagal ginjal kronis kaji onset penurunan urine output, penurunan kesadaran, kelemahan fisik, perubahan pola napas karena komplikasi dari gangguan system ventilasi, fatigue, perubahan fisiologis kulit, bau urea pada napas.

4. Riwayat kesehatan dahulu

Gagal ginjal kronik dimulai dengan periode gagal ginjal akut dengan berbagai penyebab. Oleh karena itu, informasi penyakit terdahulu akan menegaskan untuk penegasan masalah. Kaji riwayat penyakit ISK (Infeksi Saluran Kemih), payah jantung, penggunaan obat berlebihan khususnya obat yang bersifat nefrotoksik, BPH (Benigna Prostat Hiperplasia) dan lain-lain.

5. Riwayat kesehatan keluarga

Gagal ginjal kronis bukan penyakit menular dan menurun, sehingga silsilah keluarga tidak terlalu berdampak pada penyakit ini. Namun, pencetus sekunder seperti DM (Diabetes Melitus) dan hipertensi memiliki pengaruh terhadap kejadian penyakit gagal ginjal kronis, karena penyakit tersebut bersifat hereditas.

6. Keadaan umum dan tanda-tanda vital

Kondisi klien dengan gagal ginjal kronis biasanya lemah (fatigue), tingkat kesadaran bergantung pada tingkat toksisitas. Pada pemeriksaan TTV sering didapatkan RR meningkat, hipertensi/ hipotensi sesuai dengan kondisi fluktuatif.

7. Sistem pernapasan

Adanya bau urea pada bau napas. Jika terjadi komplikasi asidosis/ alkalosis respiratorik maka kondisi pernapasan akan mengalami patologi gangguan.

Pola napas akan semakin cepat dan dalam sebagai bentuk kompensasi tubuh mempertahankan ventilasi.

8. Sistem hematologi

Ditemukan adanya friction rub pada kondisi uremia berat. Selain itu, biasanya terjadi TD meningkat, akral dingin, CRT > 3 detik, palpitasi jantung, nyeri dada, dyspneu, gangguan irama jantung dan gangguan sirkulasi lainnya.

9. Sistem perkemihan

Dengan gangguan/ kegagalan fungsi ginjal secara kompleks (filtrasi, sekresi, reabsorpsi, dan sekresi), maka manifestasi yang paling menonjol adalah penurunan urine output < 400 ml/hari bahkan sampai pada anuria (tidak adanya urine output).

10. System pencernaan

Gangguan system pencernaan lebih dikarenakan efek dari penyakit. Sering ditemukan anoreksia, nausea, vomit dan diare.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang biasa muncul pada klien dengan gagal ginjal kronis menurut Pranata & Prabowo (2014) dan Margareth (2012) adalah:

Penurunan curah jantung berhubungan dengan beban jantung meningkat. Definisi: Ketidakadekuatan darah yang dipompa oleh jantung untuk memenuhi kebutuhan metabolik tubuh. Batasan karakteristik: Edema, keletihan, peningkatan berat badan, dispnea, perubahan tekanan darah, bunyi napas tambahan, bradikardia, palpitasi jantung. Faktor yang berhubungan: Perubahan afterload, perubahan frekuensi jantung, perubahan irama jantung, perubahan kontraktilitas, perubahan volume sekuncup.

Kelebihan volume cairan yang berhubungan dengan kegagalan mekanisme pengaturan ginjal. Definisi: Peningkatan retensi cairan isotonik.

Batasan karakteristik: Bunyi napas adventisius, gangguan elektrolit, anasarka, perubahan tekanan darah, pola pernapasan, dyspneu, edema, peningkatan tekanan vena sentral dan distensi vena jugularis, asupan melebihi haluaran, penambahan berat badan dalam waktu singkat, bunyi jantung S3. Faktor yang berhubungan: Gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan.

Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi. Definisi: Inspirasi dan/ atau ekspirasi yang tidak memberi ventilasi adekuat. Batasan karakteristik: Dispnea, penggunaan otot bantu pernapasan, pola napas abnormal (mis. Irama, frekuensi, kedalaman). Faktor yang berhubungan: Ansietas, hiperventilasi, kelelahan, kelelahan otot pernapasan, nyeri.

Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis. Definisi: Asupan nutrisi yang tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik. Batasan karakteristik: Kram abdomen dan nyeri abdomen, menghindari makanan, berat badan 20% atau lebih di bawah berat badan ideal atau penurunan berat badan dengan asupan makanan adekuat, diare, kehilangan rambut berlebihan, kurang makanan dan informasi, membrane mukosa pucat, tonus otot menurun, membran mukosa pucat, mengeluh gangguan sensasi rasa. Faktor yang berhubungan: Ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrient, ketidakmampuan untuk mencerna makanan, ketidakmampuan menelan makanan, faktor biologis.

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Definisi: Ketidakcukupan energi psikologis atau fisiologis untuk mempertahankan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari yang harus atau yang ingin dilakukan. Batasan karakteristik: Dispnea setelah beraktivitas, kelelahan, ketidaknyamanan setelah beraktivitas, respons tekanan darah abnormal terhadap aktivitas. Faktor yang berhubungan: Gaya hidup kurang gerak, imobilitas, ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring.

Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan. Definisi: Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri secara mandiri. Batasan karakteristik: Ketidakmampuan membasuh tubuh, ketidakmampuan mengakses kamar mandi, ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi, ketidakmampuan mengatur air mandi, ketidakmampuan mengeringkan tubuh, ketidakmampuan menjangkau sumber air. Faktor yang berhubungan: Ansietas, kelemahan, kendala lingkungan, nyeri, penurunan motivasi, ketidakmampuan merasakan bagian tubuh.

Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan perubahan status cairan. Definisi: Perubahan/ gangguan epidermis dan/ atau dermis. Batasan karakteristik: Kerusakan lapisan kulit, gangguan permukaan kulit, invasi struktur tubuh. Faktor yang berhubungan: Perubahan status cairan, perubahan turgor, kondisi ketidakseimbangan nutrisi, penurunan sirkulasi.

Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang pajaran. Definisi: Ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu. Batasan karakteristik: Perilaku hiperbola, ketidakadekuran melakukan tes, pengungkapan masalah. Faktor yang berhubungan: Keterbatasan kognitif, salah interpretasi informasi, kurang pajaran, kurang dapat mengingat.

2.2.2 Intervensi Keperawatan.

Berikut ini adalah intervensi yang dirumuskan untuk mengatasi masalah keperawatan pada klien dengan gagal ginjal kronis:

Penurunan curah jantung berhubungan dengan beban jantung meningkat. NOC: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 60 menit klien akan: 0414. Status Jantung Paru: Keefektifan pompa jantung yang dibuktikan dengan indikator (1: deviasi berat dari kisaran normal, 2: deviasi yang cukup besar dari kisaran normal, 3: deviasi sedang dari kisaran normal,

4: deviasi ringan dari kisaran normal, 5: tidak ada deviasi dari kisaran normal) dengan kriteria Hasil: Tekanan darah sistol, tekanan darah diastole, tingkat pernapasan, irama pernapasan, urine output, dispnea saat beristirahat, dispnea dengan aktivitas ringan, kelelahan. NIC 4040. Perawatan Jantung. Intervensi: 1) Evaluasi episode nyeri dada (intensitas, lokasi, radiasi, durasi dan faktor yang memicu serta meringankan nyeri dada), 2) Monitor tanda-tanda vital secara rutin, 3) Monitor disritmia jantung termasuk gangguan ritme dan konduksi jantung, 4) Monitor keseimbangan cairan (masukan dan keluaran serta berat badan harian), 5) Monitor sesak nafas, kelelahan, takipnea dan orthopnea, 6) Susun waktu latihan dan istirahat untuk mencegah kelelahan.

Diagnosa keperawatan kelebihan volume cairan yang berhubungan dengan kegagalan mekanisme pengaturan ginjal. NOC: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 24 jam klien akan: 0600. Keseimbangan elektrolit dan asam basa yang dibuktikan dengan indikator (1: deviasi berat dari kisaran normal, 2: deviasi yang cukup berat dari kisaran normal, 3: deviasi sedang dari kisaran normal, 4: deviasi ringan dari kisaran normal, 5: tidak ada deviasi dari kisaran normal) dengan kriteria Hasil: HR dan irama jantung normal, pH darah normal, orientasi baik, ureum, kreatinin, BUN DBN. NIC: 4120. Manajemen Cairan dengan Intervensi: 1) Monitor dan catat intake dan output cairan selama 24 jam secara akurat, 2) Pasang urine kateter jika diperlukan, 3) Monitor hasil laboratorium terkait retensi cairan (BUN, Hmt, osmolalitas urine), 4) Monitor vital sign, awasi hipertensi, peningkatan nadi dan suhu, 5) Monitor indikasi retensi/ kelebihan cairan (crackles, CVP, edema, distensi vena leher, asites), 6) Kaji lokasi luasnya edema, 7) Monitor masukan makanan/ cairan, 8) Berikan diuretik yang diresepkan.

Perubahan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi. NOC: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 24 jam klien akan: 0415. Status pernafasan yang dibuktikan dengan indikator (1: deviasi berat dari kisaran normal, 2: deviasi yang cukup-cukup berat dari kisaran normal, 3: deviasi

sedang dari kisaran normal, 4: deviasi ringan dari kisaran normal, 5: tidak ada deviasi dari kisaran normal) dengan kriteria hasil: Frekuensi pernapasan, irama pernapasan, suara auskultasi napas. NIC: 3350. Monitor pernafasan dengan Intervensi: 1) Monitor kecepatan, irama, kedalaman, dan kesulitan bernafas, 2) Monitor suara nafas tambahan seperti ngorok atau mengi, 3) Monitor keluhan sesak nafas pasien, termasuk kegiatan yang meningkatkan atau memperburuk sesak nafas tersebut.

Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient, ketidakmampuan untuk mencerna makanan, faktor biologis. NOC: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 24 jam klien akan: 1008. *Nutritional Status: Food and Fluid Intake*, 0303. *Self-care: Eating*, 1006. *Weight: Body mass* yang dibuktikan dengan indikator (1 : sangat berat, 2: berat, 3: sedang, 4: ringan, 5: tidak ada gangguan) dengan kriteria hasil: Intake makanan per oral adekuat, intake cairan adekuat, menyatakan nafsu makan baik, menyiapkan makanan dengan baik, menghabiskan porsi makanan tanpa ada gangguan, tidak ada gangguan selama proses makan (mual/ muntah). NIC: 1100. Nutrition Management dengan Intervensi: 1) Kaji status nutrisi klien dan kemampuan klien untuk pemenuhan nutrisi klien, 2) Atur diet makanan klien sesuai kondisi penyakit (indikasi dan kontraindikasi), 3) Monitoring asupan nutrisi dan kalori tiap hari, 4) Ciptakan lingkungan yang nyaman untuk mendukung nafsu makan klien, 5) Anjurkan klien/ keluarga untuk membantu klien melakukan perawatan rongga mulut (sikat gigi) sebelum makan untuk meningkatkan kenyamanan, 6) Monitor kecenderungan terjadinya penurunan dan kenaikan berat badan, 7) Lakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan.

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, gaya hidup kurang gerak, imobilitas, tirah baring. NOC: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam,

klien akan: 0005 Toleransi terhadap aktivitas yang dibuktikan dengan indikator (1: sangat terganggu, 2: banyak terganggu, 3: cukup terganggu, 4: sedikit terganggu, 5: tidak terganggu) dengan kriteria hasil : Frekuensi pernapasan ketika beraktivitas, tekanan darah sistolik ketika beraktivitas, tekanan darah diastolik ketika beraktivitas, kekuatan tubuh bagian atas, kekuatan tubuh bagian bawah, kemudahan dalam melakukan aktivitas hidup harian. NIC: 0180 Manajemen energi dengan Intervensi: 1) Kaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan, 2) Tentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga ketahanan, 3) Bantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan, 4) Bantu pasien untuk menjadwalkan istirahat, 5) Anjurkan aktivitas fisik (misalnya ambulasi, ADL) sesuai dengan kemampuan (energi pasien).

Defisit perawatan diri berhubungan dengan: ansietas, kelemahan, kendala lingkungan, nyeri, penurunan motivasi, ketidakmampuan merasakan bagian tubuh. NOC: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x30 menit, klien akan: 0313 Status perawatan diri yang dibuktikan dengan indikator (1: sangat terganggu, 2: banyak terganggu, 3: cukup terganggu, 4: sedikit terganggu, 5: tidak terganggu) dengan kriteria hasil: Mandi sendiri, berpakaian sendiri, mempertahankan kebersihan diri, mempertahankan kebersihan mulut. NIC: 1801 Bantuan perawatan diri : mandi/ kebersihan dengan Intervensi: 1) Tentukan jumlah dan tipe terkait dengan bantuan yang diperlukan, 2) Fasilitasi pasien untuk menggosok gigi dengan tepat, 3) Fasilitasi pasien untuk mandi sendiri, dengan tepat, 4) Monitor kebersihan kuku, sesuai dengan kemampuan merawat diri pasien, 5) Berikan bantuan sampai pasien benar-benar mampu merawat diri secara mandiri, 6) Siapkan perlengkapan untuk membersihkan rambut (misalnya baskom, sampo dan kondisioner).

Kerusakan integritas kulit yang berhubungan dengan perubahan status cairan, perubahan turgor, kondisi ketidakseimbangan nutrisi, penurunan sirkulasi. NOC: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 24 jam, klien akan: 1105. *Hemodialysis Access*, 1101. *Tissue Integrity: skin and mucous membranes* yang dibuktikan dengan indikator (1: sangat berat, 2: berat, 3: sedang, 4: ringan, 5: tidak ada gangguan) dengan kriteria hasil :Suhu permukaan normal, tidak ada pembekuan darah (emboli) di sekitar akses, tidak ada edema dan nyeri. NIC: 4240. *Dialysis Access Maintenance* dengan Intervensi: 1) Monitoring posisi kateter dialisis, 2) Monitoring kondisi akses dialysis (kemerahan, edema, demam, perdarahan, hematoma dan penurunan sensasi rasa), 3) Hindari kompresi/ penekanan pada akses dialysis.

Defisiensi pengetahuan yang berhubungan dengan keterbatasan kognitif, salah interpretasi informasi, kurang pajaran, kurang dapat mengingat. NOC: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 24 jam, klien akan: 1847. *Knowledge: Chronic Disease Management*, 1857. *Knowledge: Chronic Disease Management* yang dibuktikan dengan indikator (1: tidak tahu, 2: pengetahuan terbatas, 3: pengetahuan cukup baik, 4: pengetahuan baik, 5: pengetahuan sangat baik) dengan kriteria hasil: Mampu menjelaskan faktor penyebab penyakit dan proses penyakit, mampu menyebutkan tanda dan gejala dari penyakitnya, mampu menjelaskan komplikasi dari penyakitnya, mengikuti perintah diet sesuai anjuran. NIC: 5602. *Teaching: Disease Process* dengan Intervensi: 1) Nilai tingkat pengetahuan klien mengenai penyakitnya, 2) Jelaskan tanda dan gejala umum dari penyakit, sesuai kebutuhan, 3) Sediakan informasi yang adekuat untuk akses pengetahuan klien, 4) Diskusikan dengan pasien terkait dengan terapi yang akan diberikan, 5) Jelaskan komplikasi kronik yang mungkin ada, sesuai kebutuhan, 6) Edukasi pasien mengenai tindakan untuk mengontrol/ meminimalkan gejala sesuai kebutuhan.

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Menurut Wong, dkk (2009) komplikasi ESRD (*End Stage Renal Disease*) yang multipel ditangani sesuai dengan protokol medis yang diindikasikan untuk perawatan masalah-masalah medis yang spesifik tersebut. Meski demikian, penyakit yang progresif ini akan menyebabkan sejumlah stres pada anak dan keluarga, termasuk stres akibat sakit yang berpotensi menyebabkan kematian. Terdapat kebutuhan kontinu terhadap pemeriksaan berulang yang seringkali mencakup prosedur yang menimbulkan rasa nyeri, efek samping dan seringnya perawatan di rumah sakit. Setelah diagnosis gagal ginjal ditegakkan, biasanya tindakan untuk memulai hemodialisis dianggap sebagai suatu pengalaman positif. Perawat bertanggung jawab memberikan penyuluhan kepada keluarga mengenai implikasinya, dan rencana terapi, kemungkinan efek psikologis penyakit dan penanganannya, dan aspek teknis prosedur. Pembatasan diet terutama membebani anak dan orangtua. Anak akan merasa diabaikan ketika mereka tidak boleh memakan makanan yang tadinya sangat disukai sedangkan anggota keluarga lainnya boleh memakan makanan tersebut. Sebagai akibatnya, anak menjadi tidak kooperatif. Sehingga memberi kesempatan anak, terutama remaja untuk berpartisipasi secara maksimal dan bertanggung jawab atas program terapinya sendiri merupakan tindakan yang membantu.

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Menurut Wong, dkk (2009: 1202) mengatakan bahwa keefektifan keperawatan ditentukan oleh pengkajian ulang dan evaluasi asuhan secara kontinu berdasarkan pedoman observasi yaitu:

1. Observasi dan wawancara keluarga mengenai kepatuhan mereka pada program medis dan diet.
2. Pantau tanda vital, pengukuran pertumbuhan, laporan laboratorium, perilaku, penampilan.

3. Observasi dan wawancara anak dan keluarga mengenai perasaan mereka, kekhawatiran, dan rasa takut; observasi reaksi terhadap terapi dan prognosis.

BAB 3

STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil Studi Kasus

3.1.1 Pengkajian

Pengkajian pada An. A. L dengan diagnosa medis Gagal Ginjal Kronik, di Ruang Kenanga RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang dilakukan pada Senin, 27 Mei 2019 jam 10.00 Wita dengan keluhan utama bengkak pada kedua kaki, wajah dan perut kembung. Data pengkajian yang didapatkan adalah: Identitas: An. A. L, Jenis kelamin laki-laki, Lahir tanggal 1 Juni 2002, Umur 16 tahun, NMR 513475, Alamat Fatuhao, Kefamenanu. Riwayat keluhan utama: Pasien masuk rumah sakit dirujuk dari RSUD Kefamenanu pada tanggal 25 Mei 2019 pukul 23.00 WITA dan diterima melalui UGD dengan keluhan bengkak di kedua kaki pada bulan Februari dan bengkak sempat turun pada bulan Maret. Keluhan bengkak kedua kali diikuti perut dan wajah.

Keadaan umum, Pasien tidak tampak lemah, kesadaran composmentis (GCS: E4V5M6), TTV TD: 120/80 MmHg, RR: 18x/menit, S: 36,7⁰C, N : 97x/menit, terpasang infus ringer laktat 7 tetes per menit, tidak terpasang alat bantu nafas.

Riwayat kehamilan dan kelahiran, Orangtua pasien mengatakan tempat pemeriksaan waktu hamil di Puskesmas Tamis, Kefamenanu. Setiap bulan rutin memeriksakan kehamilan dan tidak pernah sakit saat hamil. Tempat bersalin di Puskesmas Tamis, Kefamenanu yang ditolong oleh bidan, jenis persalinan spontan, bayi lahir langsung menangis dan tidak kuning, usia kehamilan 36 minggu dengan berat badan bayi saat lahir 2600 gram, orangtua mengatakan lupa panjang badan bayi saat lahir. Saat bayi, An. A. L mendapat ASI eksklusif dan diberikan sampai berumur 2 Tahun, mendapat makanan pendamping ASI saat berusia 6 bulan.

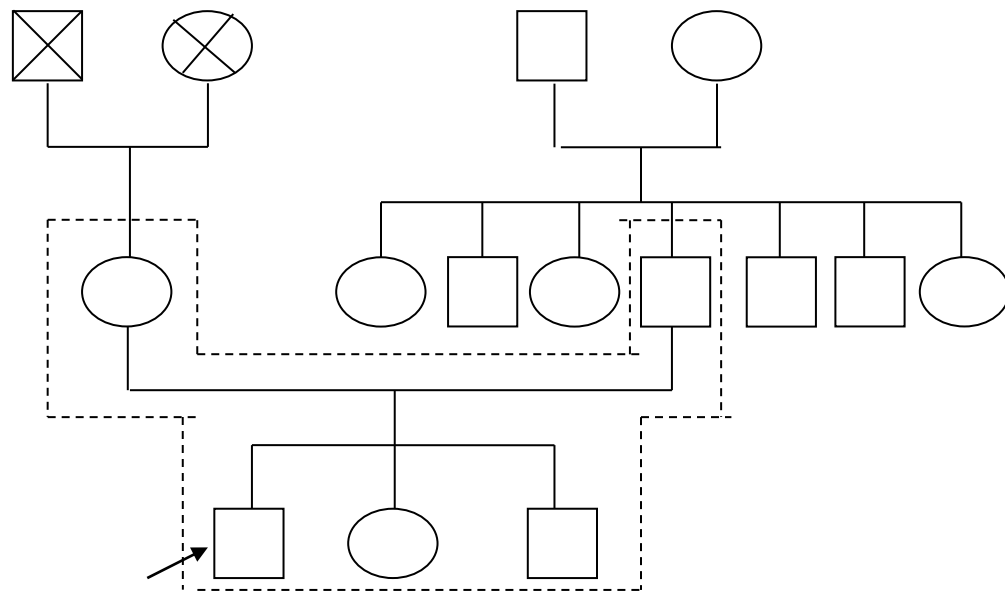
Pasien mengatakan waktu kecil tidak pernah sakit berat hanya batuk, pilek, demam dan tidak pernah masuk rumah sakit. Obat-obatan yang biasa dipakai saat flu yaitu obat Procold dan obat Bodrex. Pasien tidak pernah dilakukan tindakan operasi, tidak ada alergi terhadap makanan, pasien mengatakan pernah kecelakaan saat mengendarai motor pada tahun 2016, pasien mendapat imunisasi dasar lengkap diantaranya HB0, BCG, Hepatitis, DPT, Polio dan Campak.

Orangtua pasien mengatakan keluarga mempunyai riwayat penyakit hipertensi dan opa dari An. A. L memiliki riwayat penyakit prostat, tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit yang sama dengan pasien.

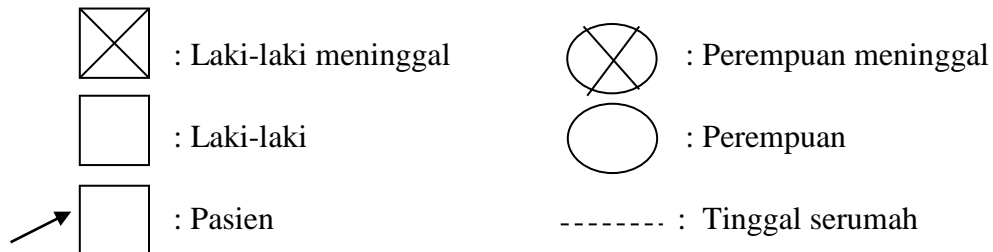
Makanan yang paling disukai pasien adalah telur, tahu, dan tempe sedangkan makanan yang tidak disukai pasien adalah ikan dan daun singkong. Nafsu makan baik, tidak ada nyeri saat menelan, alat makan yang digunakan piring, sendok, pasien mendapatkan diet rendah garam dan batasi intake cairan, pasien dianjurkan minum 2 gelas sehari, pola makan pasien diatur dengan jadwal makan pagi jam 07.00, makan siang jam 12.00 dan makan malam jam 19.00. Pasien sebelum sakit sangat suka minum ale-ale, frutamin, dan vita jelly, makan makanan instan seperti mie, pasien kurang mengkonsumsi air putih dan dalam sehari hanya minum 2 atau 3 gelas saja. Saat sakit jam tidur pasien meningkat, waktu pasien lebih banyak digunakan untuk tidur dan istirahat, pasien mengatakan tidak ada gangguan tidur, tidur malam jam 22.00 dan bangun jam 06.00, tidur siang jam 14.00 dan bangun jam 15.00. Pasien mengatakan sejak masuk rumah sakit hingga sekarang belum mandi dan keramas karena kurangnya alat-alat untuk membersihkan diri seperti ember, gayung, sampo, sabun, dan tidak ada tirai pembatas di setiap tempat tidur, sikat gigi 1x dalam sehari sebelum sarapan, kuku pendek dan kotor. Saat dikaji, pasien sudah BAK sebanyak 2x berwarna kuning pekat, BAB sebanyak 2x.

Pasien tinggal bersama orangtua dan kedua adiknya, pasien diasuh oleh orangtua dan dari kecil tidak pernah menggunakan pengasuh, hubungan dengan anggota keluarga dan dengan teman-teman sebaya baik, orangtua pasien mengatakan lingkungan rumah bersih, lingkungan tempat tinggal tidak padat perumahan dan masih banyak pepohonan di pekarangan rumah.

Bagan 3.1 Genogram



Keterangan :



Saat ini pasien tidak ada rencana tindakan operasi. Kebutuhan cairan per hari pada An. A. L adalah infus Ringer Laktat 500 cc/ 24 jam 7 tpm di tangan kiri, pasien dianjurkan untuk membatasi cairan yang masuk, obat yang didapat saat ini adalah Captopril 3x1 12,5 mg/ oral, Prednison 3x1 5 mg/ oral, Furosemid 2x1 20 mg/IV, IVFD Ringer Laktat 7 tpm, Amoxicillin 3x1 500 mg/ oral, Ranitidine 2x 50 g/ IV, Albumin 20% 100 cc 2x/IV.

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada tanggal 26 Mei 2019 jam 09:51 didapatkan hasil yaitu albumin 1.7 mg/dl (L). Hasil pemeriksaan laboratorium hematologi pada tanggal 25 Mei 2019 jam 21:22 yaitu hemoglobin 6,1 g/dl (L), jumlah eritrosit $2.82 \times 10^6/\text{ul}$ (L), hematokrit 17,7 % (L), jumlah leukosit $17.00 \times 10^3/\text{ul}$ (L), RDW-SD 48,8 fL, Eosinofil 0.0% (L), limfosit 16.6 % fL, jumlah trombosit $263 \times 10^3/\text{ul}$, BUN 124.0 mg/dl (H), kreatinin darah 7.09 mg/dl (H).

Saat dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan terpasang infus Ringer Laktat 7 tpm di tangan kiri, pasien tidak menggunakan alat bantu napas, terdapat udem pada kedua ekstremitas bawah, pada pipi, palpebra, dan ada asites. TB 156 Cm, BB saat ini 43 Kg, BB sebelum sakit 49 Kg, IMT 17.6 (underweight), BBI 50.4. Kepala: lingkaran kepala 53 cm, tidak mengalami hidrosefalus, rambut berwarna hitam, panjang dan tampak berketombe. Leher: tidak mengalami kaku kuduk, tidak ada pembesaran limfe. Mata: simetris kiri dan kanan, konjungtiva anemis, sklera putih, terdapat udem pada palpebra. Telinga: kedua telinga simetris dan tampak bersih, tidak ada gangguan pendengaran, tidak ada nyeri saat dipalpasi, tidak ada serumen/ sekresi. Hidung: lubang hidung simetris dan tidak ada secret. Mulut: mukosa bibir lembab, tidak ada sariawan, lidah lembab, gigi tampak bersih dan tidak ada karies gigi. Dada: dada simetris, tidak ada lesi, saat bernapas tidak ada retraksi dinding dada, irama napas teratur dan dalam, suara napas vesikuler, RR 18x/menit, lingkaran dada 78 cm, tidak ada wheezing atau ronchi. Jantung: bunyi jantung S1/S2 tunggal, tidak ada pembesaran jantung. Abdomen:

lingkap perut 80 cm, saat ini pasien tidak mual dan muntah, terdapat asites pada abdomen, bising usus 8 x/menit. Genitalia: tidak terpasang kateter, orangtua mengatakan genitalia anak bersih. Ekstremitas: pasien tampak berjalan normal, tidak ada fraktur, pergerakan sendi bebas, keterampilan motorik baik, kekuatan otot normal, pasien dapat melakukan aktivitas secara mandiri seperti makan, berjalan ke kamar mandi, berdiri.

5	5
5	5

Saat ditanya orangtua mengatakan takut dengan sakit yang dialami oleh anaknya, pada saat ditanyakan tentang pemahaman orangtua mengenai penyakit gagal ginjal kronik, orangtua menggeleng kepala dan mengatakan tidak mengetahui apa itu penyakit gagal ginjal kronik, penyebab gagal ginjal, tanda dan gejala, pencegahan, penanganan, dan komplikasi gagal ginjal kronik.

3.1.2 Diagnosa Keperawatan

3.1.2.1 Analisa Data

No.	Data-data	Masalah	Etiologi
1.	DS: Pasien mengatakan bengkak pada kedua kaki, bengkak pada pipi, perut kembung. DO: TTV TD 120/80 mmHg, Nadi 97x/menit, RR 18x/menit, Suhu 36,7 ⁰ C, terdapat udem pada kedua kaki, pada wajah khususnya pada pipi dan palpebra,	Kelebihan volume cairan	Gangguan mekanisme regulasi

	<p>udem +2, saat ini terpasang infus Rnger Laktat 7 tpm, BUN 12.0 mg/dL (H), Hemoglobin 6,1 g/dL (L), konjungtiva anemis, telapak tangan tampak pucat, pasien tidak sesak napas saat melakukan aktivitas.</p>		
2.	<p>DS: Pasien mengatakan muntah 1x berisi makanan pada hari minggu malam dan mengatakan rasa tidak enak di mulut.</p> <p>DO: Tinggi badan 156 cm, Berat badan saat ini 43 kg, Berat badan sebelum sakit 49 kg, IMT 17.6, BBI 50.4, saat ini pasien mendapat terapi diet garam, dan batasi asupan cairan.</p>	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	Faktor biologis
3.	<p>DS: Pasien mengatakan sejak masuk rumah sakit belum pernah mandi dan belum pernah keramas rambut karena kurangnya alat-alat untuk mandi dan cuci rambut seperti ember, gayung, sampo, sabun, dan</p>	Defisit perawatan diri	Kendala lingkungan

	<p>tidak ada tirai pembatas di setiap tempat tidur dan pasien hanya sikat gigi saja.</p> <p>DO: Badan tampak kotor, kuku pendek dan kotor, gigi bersih, lidah bersih, rambut panjang dan berketombe, tidak ada karies gigi.</p>		
4.	<p>DS: Keluarga pasien mengatakan tidak mengetahui apa itu penyakit gagal ginjal kronik, penyebab dan tanda gejala penyakit gagal ginjal kronik.</p> <p>DO: Saat ditanya tentang pengertian, tanda dan gejala dan penanganan gagal ginjal kronik, pasien dan keluarga mengatakan tidak tahu dan menggeleng kepala.</p>	Defisiensi pengetahuan	Kurang informasi

3.1.2.2 Diagnosa Keperawatan

Adapun diagnosa keperawatan yang diangkat pada pasien berdasarkan hasil pengumpulan data yaitu:

1. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.

2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis.
3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kendala lingkungan.
4. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi.

3.1.3 Intervensi Keperawatan

1. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.

a. NOC (Nursing Outcomes Classification):

Keseimbangan Cairan, Kode: 0601.

- 1 Keseimbangan cairan di dalam ruang intraseluler dan ekstraseluler tubuh ditingkatkan dari 2 (banyak terganggu) menjadi 4 (sedikit terganggu) dengan indikator:

- a) Keseimbangan intake dan output dalam 24 jam meningkat dari 2 (banyak terganggu) menjadi 4 (sedikit terganggu).
- b) Tekanan darah meningkat dari 3 (cukup terganggu) menjadi 5 (tidak terganggu).
- c) Berat badan stabil meningkat dari 4 (sedikit terganggu) menjadi 5 (tidak terganggu).
- d) Asites meningkat dari 3 (sedang) menjadi 5 (tidak ada).

b. NIC (Nursing Intervensi Classification):

Manajemen Cairan, Kode: 4120.

- 1 Timbang berat badan setiap hari dan monitor status pasien.
- 2 Jaga intake/ asupan yang akurat dan catat output (pasien).
- 3 Monitor hasil laboratorium yang relevan dengan retensi cairan (misalnya, peningkatan berat jenis, peningkatan BUN, penurunan hematokrit, dan peningkatan kadar osmolaritas urin).
- 4 Monitor tanda-tanda vital pasien.
- 5 Kaji lokasi dan luasnya edema, jika ada.

6 Berikan cairan dengan tepat.

Monitor cairan, Kode: 1130.

- 1 Catat dengan akurat asupan dan pengeluaran (misalnya asupan oral, asupan pipa makanan, asupan IV, antibiotik, cairan yang diberikan dengan obat-obatan, tabung nasogastrik, muntah, dan air seni).
 - 2 Monitor asupan dan pengeluaran.
 - 3 Monitor tekanan darah, denyut jantung, dan status pernapasan.
 - 4 Monitor tanda dan gejala asites.
 - 5 Batasi dan alokasikan asupan cairan.
 - 6 Monitor warna, kuantitas, dan berat jenis urine.
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis.

a. NOC (Nursing Outcomes Classification):

Status nutrisi, Kode: 1004.

- 1 Sejauh mana nutrisi dicerna dan diserap untuk memenuhi kebutuhan metabolik ditingkatkan dari 3 (cukup menyimpang dari rentang normal) menjadi 4 (sedikit menyimpang dari rentang normal) dengan indikator:
 - a) Asupan makanan meningkat ditingkatkan dari 4 (sedikit menyimpang dari rentang normal) menjadi 5 (tidak menyimpang dari rentang normal).
 - b) Asupan cairan meningkat ditingkatkan dari 3 (cukup menyimpang dari rentang normal) menjadi 5 (tidak menyimpang dari rentang normal).
 - c) Rasio berat badan/ tinggi badan ditingkatkan dari 3 (cukup menyimpang dari rentang normal) menjadi 5 (tidak menyimpang dari rentang normal).
- b. NIC (Nursing Intervensi Classification) :

Manajemen Nutrisi, Kode: 1100.

- 1 Lakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan.

- 2 Anjurkan pasien terkait dengan kebutuhan diet untuk kondisi sakit (yaitu untuk pasien dengan penyakit ginjal, pembatasan natrium, kalium, protein, dan cairan).
- 3 Monitor kalori dan asupan makanan.

Monitor Nutrisi, Kode: 1160.

- 1 Timbang berat pasien.
 - 2 Monitor adanya mual dan muntah.
 - 3 Lakukan pemeriksaan laboratorium, monitor hasilnya (misalnya kolesterol, serum albumin, transferin, prealbumin, nitrogen urin selama 24 jam, BUN, kreatinin, Hb, Ht, limfosit total dan nilai elektrolit).
3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kendala lingkungan.

a. NOC (Nursing Outcomes Classification):

Perawatan diri : Kebersihan, Kode : 0305.

1. Tindakan seseorang untuk mempertahankan kebersihan diri dan menjaga penampilan secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu ditingkatkan dari 3 (cukup terganggu) menjadi 5 (tidak terganggu) dengan indikator:
 - a) Mempertahankan kebersihan tubuh meningkat, ditingkatkan dari 3 (cukup terganggu) menjadi 5 (tidak terganggu).
 - b) Mempertahankan penampilan yang rapi meningkat, ditingkatkan dari 3 (cukup terganggu) menjadi 5 (tidak terganggu).
 - c) Memperhatikan kuku kaki ditingkatkan dari 3 (cukup terganggu) menjadi 5 (tidak terganggu).
 - d) Memperhatikan kuku jari tangan meningkat, ditingkatkan dari 3 (cukup terganggu) menjadi 5 (tidak terganggu).
 - e) Mengeramas rambut meningkat, ditingkatkan dari 3 (cukup terganggu) menjadi 5 (tidak terganggu).

b. NIC (Nursing Intervensi Clasification):

Memandikan, Kode: 1610.

- 1 Bantu (memandikan pasien) dengan menggunakan kursi untuk mandi, bak tempat mandi, mandi dengan berdiri, dengan menggunakan cara yang tepat atau sesuai dengan keinginan (pasien).
- 2 Cuci rambut sesuai dengan kebutuhan atau keinginan.

Perawatan rambut dan kulit kepala, Kode: 1670.

- 1 Siapkan perlengkapan untuk membersihkan rambut (misalnya baskom, shampoo, bantalan tahan air, dan handuk).
- 2 Bantu pasien berada pada posisi yang nyaman.
- 3 Cuci dan kondisikan rambut, memijatkan sampo dan kondisioner ke kulit kepala dan rambut

Perawatan Kuku, Kode: 1670.

- 1 Monitor atau bantu membersihkan kuku sesuai dengan kemampuan perawatan diri individu.
- 2 Monitor atau bantu pemangkasan kuku sesuai dengan kemampuan perawatan diri individu.

Bantuan perawatan diri : mandi/ kebersihan, Kode: 1801.

- 1 Fasilitasi pasien untuk mandi sendiri, dengan tepat.
 - 2 Fasilitasi pasien untuk menggosok gigi dengan tepat.
 - 3 Berikan bantuan sampai pasien benar-benar mampu merawat diri sendiri secara mandiri.
4. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi.

a. NOC (Nursing Outcomes Clasification):

Pengetahuan: Manajemen penyakit ginjal, Kode: 1857.

1. Tingkat pemahaman yang disampaikan tentang penyakit ginjal, pengobatan, pencegahan, perkembangan penyakit dan komplikasi dengan indikator:

- a) Tanda dan gejala penyakit ginjal meningkat, ditingkatkan dari 2 (pengetahuan terbatas) menjadi 4 (pengetahuan Banyak).
 - b) Faktor-faktor penyebab dan faktor yang berkontribusi ditingkatkan dari 2 (pengetahuan terbatas) menjadi 4 (pengetahuan Banyak).
 - c) Tanda dan gejala kelebihan volume cairan meningkat, ditingkatkan dari 2 (pengetahuan terbatas) menjadi 4 (pengetahuan Banyak).
 - d) Pembatasan cairan meningkat, ditingkatkan dari 2 (pengetahuan terbatas) menjadi 4 (pengetahuan Banyak).
 - e) Pentingnya pemantauan intake dan output meningkat, ditingkatkan dari 2 (pengetahuan terbatas) menjadi 4 (pengetahuan Banyak).
- a. NIC (Nursing Intervensi Clasification):

Pengajaran : proses penyakit, Kode: 5602

- 1 Kaji tingkat pengetahuan pasien terkait dengan proses penyakit yang spesifik.
- 2 Review pengetahuan pasien mengenai kondisinya.
- 3 Jelaskan tanda dan gejala yang umum dari penyakit, sesuai kebutuhan.
- 4 Berikan informasi pada pasien mengenai kondisinya, sesuai kebutuhan.
- 5 Jelaskan komplikasi kronik yang mungkin ada, sesuai kebutuhan.
- 6 Edukasi pasien mengenai tindakan untuk mengontrol/ meminimalkan gejala, sesuai kebutuhan.

3.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi dilakukan mulai tanggal 27 Mei sampai 30 Mei 2019. Tindakan keperawatan dilakukan setelah perencanaan kegiatan dirancang dengan baik.

Implementasi pada hari pertama Senin, 27 Mei 2019, dilakukan implementasi pada semua diagnosa keperawatan yang diangkat. **Diagnosa 1:** Kelebihan volume cairan, tindakan yang dilakukan yaitu : 1) Jam 10.00: Mengkaji pasien, mengukur tanda-tanda vital pasien, Hasil yang ditemukan

TTV TD: 120/80 mmHg, N: 97x/menit, RR: 18x/menit, S: 36,7⁰C; 2) Jam 11.30 WITA: melayani injeksi lasix 20 g/IV; 3) Jam 11.40: melayani infus Albumin 20% 100 cc 7 tpm; 4) Jam 12.00: monitor tanda-tanda vital pasien TD: 120/80 mmHg, S: 36,5⁰C, N: 97x/menit, RR: 19x/menit; 5) Jam 14.00 mencatat intake dan output pasien dari jam 07.00 sampai jam 14.00. Untuk **diagnosa 2**: Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, tindakan yang dilakukan yaitu: 1) Jam 10.00 mengukur BB : 43 Kg, TB: 156 cm, Lila: 19.5 cm, LD: 53 cm, LK: 78 cm, LP: 80 cm. **Diagnosa 3**: Defisit perawatan diri, tindakan yang dilakukan yaitu: 1) Jam 10.30 mengganti laken dan merapikan lingkungan sekitar pasien; 2) Jam 11.00 membantu menyiapkan alat dan menganjurkan pasien untuk menggosok gigi sebelum makan. Untuk **diagnosa 4**: Defisiensi pengetahuan, tindakan yang dilakukan yaitu: 1) Jam 13.00 mengkaji tingkat pengetahuan pasien dan keluarga tentang penyakit gagal ginjal kronik; 2) Jam 13.00 memberikan informasi kepada pasien dan keluarga tentang tanda dan gejala umum dari gagal ginjal kronik.

Implementasi keperawatan hari ke-dua Selasa, 28 Mei 2019, dilakukan implementasi untuk semua diagnosa keperawatan. Pada **diagnosa 1**: Kelebihan volume cairan, implementasi yang dilakukan yaitu: 1) Jam 08.00: monitor keadaan umum pasien dan menghitung intake dan output pasien; 2) Jam 10.00 : monitor produksi urine. 3) Jam 11.00: monitor jumlah cairan yang diminum oleh pasien; 4) Jam 12.20: mengukur tanda-tanda vital, melayani terapi oral Captopril 12,5 mg dan melayani terapi oral Prednison 25 mg. Hasil yang ditemukan TD: 110/90 mmHg, N: 48x/menit, S: 36,5⁰C, RR: 20x/menit, produksi urine sampai jam 12.00 WITA 300 cc, monitor jumlah cairan yang masuk 400 cc, udem +1; 5) Jam 14.00 mencatat intake dan output pasien dari jam 07.00 sampai jam 14.00. **Diagnosa 3**: Deficit perawatan diri implementasi yang dilakukan yaitu: 1) Jam 09.30: membantu menggunting kuku pasien; 2) Jam 10.00: merapikan lingkungan sekitar pasien dan menganjurkan keluarga untuk membantu pasien mandi pada sore hari. Sedangkan untuk **diagnosa 2**:

Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh implementasi yang dilakukan yaitu: 1) Jam 12.00: memberikan makan kepada pasien dan monitor porsi makan yang dihabiskan. Hasil yang ditemukan pasien menghabiskan porsi makanan yang disediakan, pasien tidak mual ataupun muntah. Pada **diagnosa 4**: Defisiensi pengetahuan, tindakan yang dilakukan yaitu: 1) Jam 12.45 mengkaji kembali pengetahuan pasien dan keluarga tentang penyakit gagal ginjal kronik; 2) menjelaskan kepada pasien dan keluarga tentang pentingnya membatasi cairan yang diminum dan akibat jika tidak membatasi cairan yang masuk.

Pada hari ke-tiga Rabu, 29 Mei 2019, dilakukan implementasi untuk semua diagnosa keperawatan yang ditegakkan diantaranya kelebihan volume cairan, deficit perawatan diri, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dan defisiensi pengetahuan. Untuk **diagnosa 1**: Kelebihan volume cairan, implementasi yang dilakukan yaitu: 1) Mengukur intake dan output pasien. 2) Jam 07.48: melayani obat Amoksisilin/oral 1 tablet, memberikan obat Prednisone/oral 5 tablet, memberikan obat captopril/oral 1 tablet; 3) Jam 08.00 memonitor asupan dan haluaran cairan; 4) Jam 09.00: mengukur BB dan TB pasien; 5) Jam 09.20 Mengkaji adanya udem; 6) Jam 12.00 mengukur tanda-tanda vital pasien. Hasil yang ditemukan : masih terdapat udem pada kedua kaki, mata, pipi, ada asites, udem +2, cairan yang masuk 300 cc, BB pasien 44 Kg, TB 156 cm, TTV TD: 130/70 mmHg, S: 36,3⁰C, N: 86x/menit, RR: 20x/menit; 7) Jam 14.00 Mencatat intake dan output pasien dari jam 07.00 sampai jam 14.00. Pada **diagnosa 3**: Deficit perawatan diri implementasi yang dilakukan yaitu : 1) Jam 08.20: membantu memandikan pasien, membantu mencuci rambut; 2) Jam 09.00: mengganti laken tempat tidur dan merapikan lingkungan sekitar pasien. **Diagnosa 2**: Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh implementasi yang dilakukan yaitu: 1) Jam 12.00 memberikan makan kepada pasien dan menganjurkan pasien dan keluarga untuk membatasi cairan yang masuk.

Untuk **diagnosa 4**: Defisiensi pengetahuan implementasi yang dilakukan yaitu : 1) Jam 13.15: Mengkaji tingkat pemahaman pasien dan keluarga mengenai penyakit Gagal ginjal kronik. Hasil yang ditemukan pasien dan keluarga mengatakan tidak tahu apa itu penyakit gagal ginjal kronik, tanda dan gejala, penanganan dan komplikasi gagal ginjal kronik; 2) Jam 13.20: memberikan penyuluhan kepada pasien dan keluarga tentang penyakit gagal ginjal kronik.

Pada hari ke-empat Kamis, 30 Mei 2019 dilakukan implementasi untuk diagnosa keperawatan kelebihan volume cairan, defisit perawatan diri, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Untuk **diagnosa 1**: Kelebihan volume cairan, implementasi yang dilakukan yaitu: 1) Jam 08.00: memonitor asupan dan haluaran cairan; 2) Jam 08.00: mengkaji adanya udem, mengukur BB dan TB pasien; Hasil yang ditemukan terdapat udem pada kedua ekstremitas bawah, udem +2, BB 44 Kg, TB 156 cm: 3) Jam 12.00: mengukur tanda-tanda vital pasien. TD: 130/80 mmHg, S: 36,5⁰C, RR: 19x/menit, N: 57x/menit: 4) Jam 14.00: Mencatat intake dan output pasien dari jam 07.00 sampai jam 14.00. Pada **diagnosa 2**: Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh implementasi yang dilakukan yaitu: 1) Jam 12.00 memberikan makan kepada pasien, menganjurkan pasien dan keluarga untuk mengukur banyaknya cairan setiap kali minum dan menganjurkan untuk membatasi cairan yang masuk. Hasil yang ditemukan pasien menghabiskan makanan yang disediakan, tidak mual ataupun muntah. Untuk **diagnosa 3**: Defisit perawatan diri implementasi yang dilakukan yaitu: 1) Jam 09.00: membantu menyiapkan alat dan mengajarkan kepada keluarga cara memandikan dan mencuci rambut pasien; 2) Jam 09.40: mengganti laken dan merapikan lingkungan sekitar pasien.

3.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan mulai tanggal 27 Mei sampai 30 Mei 2019. Evaluasi keperawatan dilakukan setelah dilakukan implementasi keperawatan.

Evaluasi keperawatan pada hari pertama Senin, 27 Mei 2019 untuk **diagnosa 1:** Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, **S:** pasien mengatakan kaki dan pipi masih bengkak, **O:** TTV TD: 120/80 mmHg, S: 36,5⁰C, N: 97x/menit, RR: 19x/menit, pasien tidak sesak saat beraktivitas, tampak udem pada kedua ekstremitas bawah, pada pipi, pada palpebra, ada asites, udem +1, terpasang infuse RL 7 tpm, BB: 43 kg, **A:** masalah belum teratasi, **P:** Intervensi 1-6 dilanjutkan. **Diagnosa 2 :** Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis, **S:** pasien mengatakan tidak ada rasa mual dan muntah. **O:** TB: 156 cm, BB saat ini 43 kg, BB sebelum sakit 49 kg, IMT 17.6, BBI: 50.4, pasien menghabiskan semua makanan yang disediakan, pasien tidak mual ataupun muntah. **A:** masalah belum teratasi, **P:** Intervensi manajemen nutrisi no. 1, 2, dan timbang BB pasien dilanjutkan. **Diagnosa 3:** Defisit perawatan diri berhubungan dengan kendala lingkungan, **S:** pasien mengatakan sejak masuk rumah sakit sampai sekarang belum pernah mandi dan keramas, hanya dilap dan gosok gigi saja, **O:** pasien tampak kotor, rambut panjang dan berketombe, kuku pendek dan kotor, gigi bersih, lidah bersih, lingkungan sekitar pasien bersih. **A:** masalah deficit perawatan diri belum teratasi, **P:** Intervensi memandikan no. 1-2: perawatan rambut dan kulit kepala no. 1-3: perawatan kuku no. 1-2: bantuan perawatan diri no. 1 dan 3 dilanjutkan. **Diagnosa 4:** Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi, **S:** pasien dan keluarga mengatakan tidak tahu apa itu penyakit gagal ginjal kronik, **O:** pasien dan keluarga dapat menyebutkan kembali tanda dan gejala umum dari penyakit gagal ginjal kronik, **A:** masalah defisiensi pengetahuan belum teratasi, **P:** Intervensi no. 2, 4, 5, dan 6 dilanjutkan.

Evaluasi keperawatan pada hari ke-dua Selasa, 28 Mei 2019, **diagnosa 1:** Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, **S:** pasien mengatakan masih bengkak pada kedua pipi, pada kedua kaki dan perut kembung, **O:** TTV TD: 110/90 mmHg, N: 48x/menit, S: 36.5⁰C, R: 20x/menit, terdapat udem pada kedua ekstremitas bawah, udem +1, terdapat udem pada kedua pipi dan palbebra, ada asites, terpasang infuse RL 7 tpm, balans cairan dari jam 07.00 sampai jam 14.00 Input 700 CC, output 650 cc, Total + 50, **A:** Masalah belum teratasi, **P:** Intervensi monitor cairan no. 1-6 dilanjutkan. **Diagnosa 2:** Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis, **S:** pasien mengatakan tidak mual dan muntah, **O:** BB 43 kg, TB: 156 cm, pasien menghabiskan porsi makanan yang disediakan, saat ini terapi diet rendah garam dan batasi cairan, **A:** masalah belum teratasi, **P:** Intervensi monitor nutrisi no. 1-3 dilanjutkan. **Diagnosa 3:** Defisit perawatan diri berhubungan dengan kendala lingkungan, **S:** pasien mengatakan belum mandi dan keramas, hanya dilap dan sikat gigi saja, **O:** gigi bersih, lidah bersih, lingkungan sekitar pasien bersih, kuku pendek dan bersih, kulit bersih, rambut panjang dan berketombe, pasien dapat melakukan aktivitas dengan mandiri seperti makan, ke kamar mandi, berjalan dan duduk, **A:** masalah belum teratasi, **P:** Intervensi memandikan no. 1-2; perawatan rambut dan kulit kepalano. 1-3; bantuan perawatan diri 1 dan 3 dilanjutkan. **Diagnosa 4:** Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi, **S:** pasien dan keluarga mengatakan hanya tahu tanda dan gejala umum dari penyakit gagal ginjal kronik, **O:** pasien dan keluarga dapat menyebutkan kembali tanda dan gejala penyakit gagal ginjal kronik serta dapat menyebutkan kembali akibat jika tidak batasi minum yaitu membuat bengkak semakin parah, **A:** masalah belum teratasi, **P:** intervensi no. 4-6 dilanjutkan.

Evaluasi keperawatan pada hari ke-tiga Rabu, 29 Mei Mei 2019, **Diagnosa 1:** Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan

mekanisme regulasi, **S:** pasien mengatakan badan masih bengkak terutama pada kaki, **O:** terdapat udem pada kedua kaki, kedua pipi, pada palbebra dan ada asites. Udem +2, TTV TD: 130/70 mmHg, S: 36,3⁰C, N: 86x/menit, RR: 20x/menit. BB: 44 kg, TB: 156 cm. Balans cairan dari jam 07.00 sampai jam 14.00 Input 470 cc, Output= 350 cc, Total = + 120, **A:** Masalah belum teratasi, **P:** intervensi monitor cairan no. 1-6 dilanjutkan. **Diagnosa 2:** Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis, **S:** pasien mengatakan dari pagi tidak ada rasa mual, **O:** BB 44 kg, TB: 156 cm, pasien menghabiskan makanan yang disediakan, terapi diet rendah garam dan batasi cairan, pasien tidak muntah, **A:** Masalah belum teratasi, **P:** Intervensi monitor nutrisi no. 1 dan 2 dilanjutkan. **Diagnosa 3:** Defisit perawatan diri berhubungan dengan kendala lingkungan, **S:** pasien mengatakan badan segar dan rambut tidak gatal, **O:** gigi bersih, lidah bersih, lingkungan sekitar pasien bersih, rambut bersih dan mengkilat, kuku tangan dan kaki pendek dan tampak bersih, **A:** Masalah teratasi, **P:** Intervensi bantuan perawatan diri no. 1-3 dilanjutkan. **Diagnosa 4:** Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi, **S:** pasien dan keluarga mengatakan mengerti dengan penjelasan yang diberikan, **O:** saat ditanya kembali tentang penyebab, tanda dan gejala, pencegahan, penanganan dan komplikasi pasien dan keluarga dapat menyebutkan kembali dengan benar, **A :** masalah teratasi, **P:** Intervensi dihentikan.

Evaluasi keperawatan pada hari ke-empat Kamis, 30 Mei 2019, **Diagnosa 1:** Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, **S:** pasien mengatakan badan masih bengkak terutama pada kaki, **O:** terdapat udem pada kedua kaki, kedua pipi, pada palbebra dan ada asites. Udem +2, TTV TD: 130/70 mmHg, S: 36,3⁰C, N: 86x/menit, RR: 20x/menit. BB: 44 kg, TB: 156 cm. Balans cairan Input 370 cc, Output= 300 cc, Total = + 70, **A:** Masalah belum teratasi, **P:** Intervensi manajemen cairan no. 1-6 dilanjutkan. **Diagnosa 2:** Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan

tubuh berhubungan dengan faktor biologis, **S:** pasien mengatakan saat makan tidak ada rasa mual, **O:** BB 44 kg, TB : 156 cm, pasien menghabiskan makanan yang disediakan, terapi diet rendah garam dan batasi cairan, pasien tidak muntah, status gizi underweight, **A:** Masalah belum teratasi, **P:** Intervensi manajemen nutrisi no. 1 dan 2 dilanjutkan. **Diagnosa 3:** Defisit perawatan diri berhubungan dengan kendala lingkungan, **S:** pasien mengatakan badan segar dan rambut tidak gatal, **O:** gigi bersih, lidah bersih, lingkungan sekitar pasien bersih, rambut bersih dan mengkilat, kuku tangan dan kaki pendek dan tampak bersih, **A:** Masalah teratasi, **P:** Intervensi dihentikan.

3.2 Pembahasan Studi Kasus

Berdasarkan asuhan keperawatan pada An. A. L dengan Gagal Ginjal Kronik yang dilaksanakan di ruang Kenanga RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang selama 4 hari dari tanggal 27 sampai 30 Mei 2019, pada bab ini penulis membahas seluruh tahapan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

3.2.1 Pengkajian Keperawatan

Menurut Pranata & Prabowo (2014), pasien dengan gagal ginjal kronik akan mengalami tanda dan gejala seperti mulut kering, penurunan turgor kulit, kelemahan, fatigue dan mual, kemudian terjadi penurunan kesadaran (somnia) dan nyeri kepala hebat, biasanya terjadi hipertensi, aritmia, gagal jantung, edema periorbital dan edema perifer, nyeri pleura, friction rub dan efusi pleura, crackles, sputum kental, sesak napas, anoreksia, nausea, vomiting, kulit pucat, kekuning-kuningan, terjadi anemia, nyeri pada sendi dan tulang. Berdasarkan kasus nyata tidak semua tanda dan gejala seperti pada teori ditemukan pada An. A. L seperti mulut kering, penurunan turgor kulit,

kelemahan, fatigue, penurunan kesadaran, nyeri kepala hebat, hipertensi, gagal jantung, friction rub, efusi pleura, sesak napas dan nyeri pada sendi. Tanda dan gejala yang ditemukan pada An. A. L diantaranya ada mual, muntah, terdapat edema pada kedua kaki, pada pipi, mata dan ada asites, dan terjadi anemia. Maka menurut penulis ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

Berdasarkan teori, keluhan utama pada pasien gagal ginjal kronis sangat bervariasi. Keluhan bisa berupa urine output yang menurun oliguria sampai pada anuria, penurunan kesadaran karena komplikasi pada system sirkulasi-ventilasi, anoreksia, mual dan muntah, diaphoresis, fatigue, edema dan pitting pada kaki dan telapak tangan, napas berbau urea, dan pruritus. Kondisi ini dipicu karena penumpukan zat sisa metabolisme toksin dalam tubuh. Sedangkan pada kasus An. A. L tidak ditemukan adanya keluhan badan lemah, nyeri kepala hebat, tidak ada keluhan nyeri pada sendi dan tulang, sampai mengalami penurunan kesadaran. Saat dilakukan pengkajian pada An. A. L ditemukan pasien tidak mengalami penurunan kesadaran, tingkat kesadaran pasien komposmentis (GCS : E4,V5, M6), hal ini menunjukkan bahwa tidak ada komplikasi pada system sirkulasi-ventilasi. Aktivitas dapat dilakukan oleh pasien sendiri seperti ke kamar mandi, makan, duduk dan berjalan, tanda-tanda vital pasien masih dalam rentang normal dan tidak ditemukan adanya friction rub dan efusi pleura. Menurut penulis terjadi kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang dialami An A. L.

Berdasarkan teori, gagal ginjal kronis bukan penyakit menular dan menurun, sehingga silsilah keluarga tidak terlalu berdampak namun pencetus sekunder seperti DM dan hipertensi memiliki pengaruh terhadap kejadian penyakit gagal ginjal kronis, karena penyakit tersebut bersifat hereditas. Dari hasil pengkajian pada An. A. L didapatkan tidak ada riwayat keluarga yang menderita penyakit sama seperti An. A. L tetapi ada riwayat hipertensi dari orangtua pasien. Menurut penulis tidak terjadi kesenjangan antara teori dan

Praktek, karena salah satu faktor pencetus sekunder penyebab terjadinya gagal ginjal kronis adalah hipertensi.

Perlu ditanyakan pada pasien tentang riwayat penyakit terdahulu seperti riwayat penyakit ISK (Infeksi Saluran Kemih), payah jantung, penggunaan obat berlebihan khususnya yang bersifat nefrotoksik, BPH (Benigna Prostat Hipeplasia), DM (Diabetes Melitus), hipertensi dan batu saluran kemih. Berdasarkan data yang ditemukan pada An. A. L terdapat kesenjangan antara teori dan kasus nyata dimana saat dilakukan pengkajian tidak ditemukan riwayat penyakit dahulu seperti yang disebutkan.

Dalam pengkajian difokuskan pada pemeriksaan keadaan umum, pemeriksaan fisik system perkemihan dan didapatkan data bahwa An. A. L kesadaran komposmentis (GCS: E4,V5,M6 jumlah 15), TTV (TD: 120/80 mmHg, N: 97x/menit, S: 36,7⁰C, RR: 18x/menit), terdapat udem pada kedua ekstremitas bawah, terdapat udem pada wajah khususnya pada pipi dan kedua palbebra, konjungtiva anemis, telapak tangan pucat, ada asites, abdomen kembung, urin berwarna kuning pekat. Berdasarkan data yang ditemukan pada An. A. L tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek dimana Pada pemeriksaan fisik berdasarkan teori menurut Andi & Eko (2014) dan Margareth & Clevo (2012) mengatakan bahwa pada pasien dengan gagal ginjal kronik mengalami anemia yang ditandai dengan pucat pada kulit karena penurunan eritropoetin sehingga rangsangan terhadap sum-sum tulang untuk memproduksi sel darah merah menjadi berkurang, edema jaringan umum dan piting pada kaki, telapak tangan, asites, perut kembung, dan perubahan warna urine.

Pemeriksaan penunjang menurut Lemone Priscilla, dkk (2016) Pada gagal ginjal kronik, berat jenis dapat tetap pada sekitar 1,010 akibat kerusakan sekresi tubulus, reabsorpsi dan kemampuan memekatkan urine, BUN 20-50 mg/dL mengindikasikan azotemia ringan; kadar lebih dari 100 mg/dL mengindikasikan kerusakan ginjal berat, uremia ditemukan saat BUN sekitar

200 mg/dL atau lebih tinggi, serum kreatinin lebih dari 4 mg/dL mengindikasikan kerusakan ginjal serius, kadar kalium naik tetapi biasanya tetap dibawah 6,5 mEq/L, Asidosis metabolik diidentifikasi dengan pH rendah. Berdasarkan kasus yang didapatkan pada An. A. L tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek, dimana pada kasuspada An. A. L dilakukan pemeriksaan laboratorium pada tanggal 25 Mei 2019 didapatkan hasil BUN dan kreatinin mengalami peningkatan BUN 124.0 mg/dL (H), kreatinin darah 7.09 mg/dL (H), natrium 128 mmol/L (L), Calcium ion 1.050 mmol/L (L), Calcium 2.1 mmol/L (L), albumin 1.7 mg/L (L), Hemoglobin 6.1 g/dL (L), hematokrit 17.7% (L).

3.2.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut Pranata & Prabowo (2014) dan Margareth (2012), diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan gagal ginjal kronik yaitu: 1) Penurunan curah jantung berhubungan dengan beban jantung meningkat, 2) Kelebihan volume cairan yang berhubungan dengan kegagalan mekanisme pengaturan ginjal, 3) Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi, 4) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis, 5) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, 6) Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, 7) Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan perubahan status cairan; dan 8) Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang pajaran.

Menurut penulis terjadi kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang dialami An A. L karena tidak semua diagnosa pada teori ditemukan pada kasus An. A. L. Pada kasus An. A. L dengan gagal ginjal kronik hanya ditemukan diagnosa 1) Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, 2) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis, 3) Defisit perawatan

diri berhubungan dengan kendala lingkungan, dan 4) Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi. Sedangkan untuk diagnosa keperawatan Penurunan curah jantung berhubungan dengan beban jantung meningkat tidak diangkat karena pada kasus An. A. L tidak ditemukan tanda dan gejala seperti pada teori diantaranya bradikardia, palpitasi jantung dan takikardi yang diakibatkan oleh penimbunan cairan.

Pada diagnosa keperawatan Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi, tidak diangkat karena pada kasus An. A.L tanda dan gejala tidak ditemukan seperti tidak adanya keluhan sesak napas, tidak ada cuping hidung, tidak menggunakan alat bantu pernapasan, tidak menggunakan otot bantu pernapasan seperti pada teori yang dijelaskan bahwa ketidakefektifan pola napas yaitu inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberi ventilasi adekuat, dengan batasan karakteristik, seperti: bradipnea, dispnea, ortopnea, penggunaan otot bantu pernapasan, penurunan tekanan ekspirasi, penurunan tekanan inspirasi, pernapasan bibir dan takipnea. Kemungkinan hal ini terjadi karena saat pengkajian pasien sudah dirawat selama 2 hari di ruangan dan sebelumnya sempat dirawat di Rumah Sakit Kefamenanu selama 5 hari.

Untuk diagnosa keperawatan Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan perubahan status cairan tidak diambil karena tidak ada data yang mendukung untuk menegaskan diagnosa tersebut dan tanda dan gejala seperti gatal-gatal yang menyebabkan respon pasien untuk menggaruk dan menimbulkan kerusakan integritas kulit tidak ditemukan.

Diagnosa keperawatan Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen tidak diambil karena kurangnya data pendukung diantaranya keadaan umum pasien tidak lemah, tidak menggunakan alat bantu napas, pasien tampak berjalan normal, kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah masing-masing 5, tidak ada nyeri sendi atau

tulang, pasien dapat beraktivitas secara mandiri, sehingga menurut penulis terjadi kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

3.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang ditetapkan berdasarkan teori pada diagnose keperawatan Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi yaitu: 1) Monitor dan catat intake dan output cairan selama 24 jam secara akurat, 2) Monitor hasil laboratorium terkait retensi cairan (BUN, Hmt, osmolalitas urine), 3) Monitor vital sign, awasi hipertensi, peningkatan nadi dan suhu, 4) Kaji lokasi luasnya edema, 5) Monitor masukan makanan/ cairan, 6) Berikan diuretik yang diresepkan. Berdasarkan kasus pada An. A. L, semua intervensi pada diagnosa keperawatan ini dipakai sebagai intervensi untuk menyelesaikan masalah keperawatan kelebihan volume cairan pada pasien An. A. L seperti monitor intake dan output cairan selama 24 jam secara akurat, mengkaji lokasi dan luasnya edema, mencatat intake dan output cairan selama 24 jam, memonitor tanda-tanda vital, serta melayani injeksi lasix 20g/IV, melayani infus albumin 20% 100 cc 8 tpm, melayani terapi oral captopril 12,5 mg, predison 25 mg, sehingga menurut penulis tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

Pada diagnosa keperawatan Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis intervensi yang ditetapkan diantaranya 1) Atur diet makanan klien sesuai kondisi penyakit (indikasi dan kontraindikasi), 2) Lakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan, 3) Monitor kecenderungan terjadinya penurunan dan kenaikan berat badan, 4) Monitoring asupan nutrisi dan kalori tiap hari. Berdasarkan kasus nyata pada pasien An. A. L, semua intervensi pada diagnosa keperawatan ini digunakan untuk menyelesaikan masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh diantaranya bantu pasien untuk melakukan perawatan mulut sebelum makan,

timbang BB dan ukur TB pasien setiap hari, berkolaborasi dengan ahli gizi rumah sakit dalam memberikan diet rendah garam dan batasi jumlah cairan yang masuk sesuai penyakit yang dialami oleh An. A. L, dan berkolaborasi dalam memberikan asupan nutrisi dan kalori setiap hari. Sehingga menurut penulis tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

Diagnosa keperawatan defisit perawatan diri berhubungan dengan kendala lingkungan intervensi yang ditetapkan berdasarkan teori yaitu: 1) Fasilitasi pasien untuk menggosok gigi dengan tepat, 2) Monitor kebersihan kuku, 3) Berikan bantuan sampai pasien benar-benar mampu merawat diri secara mandiri, 4) Siapkan perlengkapan untuk membersihkan rambut (misalnya baskom, sampo dan kondisioner). Berdasarkan kasus nyata pada An. A. L, semua intervensi pada diagnosa keperawatan ini dipakai sebagai intervensi untuk menyelesaikan diagnosa keperawatan defisit perawatan diri pada An. A. L sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dan praktik.

Diagnosa keperawatan defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi, intervensi yang ditetapkan berdasarkan teori yaitu: 1) Nilai tingkat pengetahuan klien mengenai penyakitnya, 2) Sediakan informasi yang adekuat untuk akses pengetahuan klien, 3) Jelaskan komplikasi kronik yang mungkin ada, sesuai kebutuhan, 4) Jelaskan tanda dan gejala umum dari penyakit, sesuai kebutuhan, 5) Edukasi pasien mengenai tindakan untuk mengontrol/ meminimalkan gejala sesuai kebutuhan. Berdasarkan kasus pada pasien An. A. L, semua intervensi ini dipakai sebagai intervensi untuk menyelesaikan diagnosa keperawatan defisiensi pengetahuan pada pasien An. A. L diantaranya memberikan penyuluhan kepada pasien dan keluarga mengenai penyakit gagal ginjal kronik yang meliputi tanda dan gejala, penyebab, tanda dan gejala, penanganan, dan komplikasi dari gagal ginjal kronik, sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dan praktik.

3.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilakukan mulai tanggal 27 Mei sampai 30 Mei 2019. Untuk diagnosa pertama kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus nyata karena semua implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan intervensi yang dibuat diantaranya catat intake dan output cairan selama 24 jam secara akurat, mengkaji lokasi dan luasnya edema, memonitor tanda-tanda vital, serta melayani injeksi lasix 20g/IV, melayani infus albumin 20% 100 cc 7 tpm, melayani terapi oral captopril 12,5 mg, predison 25 mg.

Untuk implementasi keperawatan pada diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis, tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus nyata karena tindakan yang diberikan pada An. A. L disesuaikan dengan intervensi yang dibuat berdasarkan teori maupun kasus seperti monitor penurunan dan kenaikan berat badan pasien setiap hari, menganjurkan keluarga untuk membantu pasien melakukan perawatan mulut sebelum makan, berkolaborasi dengan ahli gizi dalam memberikan asupan nutrisi dan kalori tiap hari dan memberikan diet makanan rendah garam dan batasi cairan sesuai kondisi penyakit An. A. L. Sehingga menurut penulis tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

Implementasi keperawatan pada diagnosa defisit perawatan diri berhubungan dengan kendala lingkungan, tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus nyata karena tindakan yang diberikan sesuai dengan intervensi yang telah ditetapkan seperti memfasilitasi pasien untuk menggosok gigi sebelum sarapan, memfasilitasi pasien untuk mandi, membantu menggunting kuku pasien.

Implementasi keperawatan pada diagnosa defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi, tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus nyata karena tindakan yang diberikan pada pasien sesuai dengan

intervensi keperawatan berdasarkan teori seperti kaji tingkat pengetahuan pasien dan keluarga mengenai penyakitnya, menjelaskan tanda dan gejala umum dari penyakit gagal ginjal kronik, melibatkan orangtua dalam perawatan anak, melakukan penyuluhan kepada pasien dan keluarga tentang penyakit gagal ginjal kronik.

3.2.5 Evaluasi Keperawatan

Sebagai tahap akhir dari proses keperawatan setelah melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, menetapkan perencanaan dan implementasi. Pada tahap evaluasi, kegiatan yang dilakukan yaitu mengevaluasi selama proses berlangsung dengan menggunakan metode SOAP. Evaluasi yang dilakukan pada An. A. L sesuai dengan hasil implementasi yang telah dibuat pada kriteria objektif yang ditetapkan. Evaluasi yang didapatkan pada diagnosa keperawatan Kelebihan volume cairan yaitu masih terdapat edema pada kedua ekstremitas bawah, pada pipi, dan palpebra, ada asites, lingkaran perut tetap 80 cm, berat badan pasien naik dari sebelumnya 43 kg menjadi 44 kg, TB: 156 cm, TTV TD: 130/70 mmHg, S: 36,3°C, N: 86x/menit, RR: 20x/menit. Pada diagnosa keperawatan Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh pasien tidak mual ataupun muntah, pasien menghabiskan makanan yang disediakan, terapi diet rendah garam dan batasi cairan yang masuk tetap dilanjutkan, BB: 44 Kg.

Pada diagnosa Defisit perawatan diri, evaluasi yang didapatkan yaitu kulit pasien tampak bersih, kuku kaki dan tangan pendek dan tampak bersih, pakaian bersih dan rapih, rambut hitam mengkilat, kulit kepala bersih dan tidak berketombe. Diagnosa keperawatan defisit perawatan diri teratasi, intervensi dihentikan dikarenakan pasien dan keluarga mengerti dan dapat menyebutkan kembali dengan baik pengertian, penyebab, tanda dan gejala, pencegahan, penanganan dan komplikasi dari gagal ginjal kronik.

3.3 Keterbatas Studi Kasus

Dalam penyusunan studi kasus ini, banyak kendala yang penulis temui sehingga permasalahan ini mempengaruhi studi kasus ini. Penulis menyadari bahwa dalam pembuatan studi kasus ini membutuhkan waktu dan persiapan yang baik. Karena keterbatasan waktu sehingga penulis kurang mempersiapkan diri dengan baik. Selain keterbatasan waktu, penulis juga mengalami kesulitan dalam mencari sumber buku yang ingin digunakan, sehingga penulis merasa studi kasus ini mempunyai keterbatasan dan masih jauh dari kesempurnaan dan masih membutuhkan perbaikan dalam penulisan hasil. Oleh karena itu penulis mengharapkan masukan dari berbagai pihak yang membangun guna menyempurnakan studi kasus ini.

BAB 4

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Penerapan asuhan keperawatan pada pasien gagal ginjal kronik pada umumnya sama antara teori dan kasus. Hal ini dapat dibuktikan dalam penerapan teori pada kasus An. A. L yang menderita gagal ginjal kronik. Penerapan kasus ini dilakukan dengan menggunakan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

4.1.1 Pengkajian

Berdasarkan hasil pengkajian pada An. A. L ditemukan adanya keluhan utama bengkak pada kedua kaki, bengkak pada pipi dan perut kembung. Keluarga pasien mengatakan An. A. L masuk rumah sakit pada tanggal 25 Mei 2019 pukul 23.00 rujukan dari Rumah Sakit Kefamenanu. Pemeriksaan fisik yang ditemukan pada An. A. L didapatkan terdapat udem pada kedua ekstremitas bawah, pada pipi, palpebra dan ada asites, konjungtiva anemis, telapak tangan tampak pucat. Saat observasi tanda-tanda vital TD: 130/70 mmHg, S: 36,3⁰C, N: 86 x/menit, RR: 20x/menit, terpasang infus RL 7 tpm di tangan kiri, tingkat kesadaran komposmentis GCS: E4V5M6 jumlah 15.

4.1.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengumpulan data yang dilakukan oleh penulis kepada An. A. L dengan Gagal Ginjal Kronik yang dimulai pada tanggal 27 Mei 2019 di Ruang Kenanga RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, ditemukan 4 diagnosa keperawatan yaitu: 1) Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, 2) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis, 3) Defisit perawatan diri berhubungan dengan kendala lingkungan, dan 4) Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi.

4.1.3 Intervensi

Rencana tindakan yang dibuat untuk mengatasi ke-empat diagnosa keperawatan yang ditemukan pada An. A. L diantaranya untuk diagnosa 1) Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, intervensi yang dibuat adalah catat dengan akurat asupan dan pengeluaran, monitor tanda-tanda vital pasien, timbang berat badan setiap hari, kaji lokasi dan luasnya edema, dan batasi asupan cairan. Untuk diagnosa 2) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh rencana tindakan yang dibuat yaitu bantu pasien terkait perawatan mulut sebelum makan, timbang berat badan pasien dan monitor adanya mual dan muntah. Rencana tindakan untuk diagnosa 3) Defisit perawatan diri berhubungan dengan kendala lingkungan adalah fasilitasi pasien untuk mandi sendiri, berikan bantuan sampai pasien benar-benar mampu merawat diri sendiri, fasilitasi pasien untuk menggosok gigi dan siapkan perlengkapan untuk membersihkan rambut. Untuk diagnosa 4) Defisiensi pengetahuan, rencana tindakan yang dibuat adalah kaji tingkat pengetahuan pasien terkait proses penyakitnya, berikan informasi pada pasien mengenai kondisinya dan edukasi pasien mengenai tindakan untuk meminimalkan gejala.

4.1.4 Implementasi

Implementasi yang dibuat pada An. A. L setiap hari sesuai dengan intervensi keperawatan yaitu Monitor jumlah cairan yang diminum, monitor tanda-tanda vital, mengkaji luasnya edema, melayani terapi oral Captopril 12,5 mg, terapi oral Prednison 25 mg, Timbang BB, TB pasien, menganjurkan keluarga untuk membatasi cairan yang masuk, monitor porsi makan yang dihabiskan pasien, monitor adanya mual muntah, Membantu menggunting kuku pasien, menyiapkan alat untuk memandikan dan mencuci rambut pasien, mengganti laken dan merapikan lingkungan sekitar pasien, Mengkaji tingkat pemahaman pasien dan keluarga mengenai penyakit gagal ginjal kronik, memberikan penyuluhan kepada pasien dan keluarga tentang penyakit gagal

ginjal kronik diantaranya pengertian, tanda dan gejala, penyebab dan penanganan gagal ginjal kronik.

4.1.5 Evaluasi

Evaluasi yang ditemukan pada An. A. L setelah diberikan tindakan keperawatan selama 4 hari didapatkan dua masalah belum teratasi. Untuk **diagnosa 1**: Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi **S**: pasien mengatakan badan masih bengkak terutama pada kaki, **O**: terdapat udem pada kedua kaki, kedua pipi, pada palpebra dan ada asites. Udem +2, TTV TD : 130/70 mmHg, S : 36,3⁰C, N : 86x/menit, RR : 20x/menit. BB : 44 kg, TB : 156 cm. Balans cairan Input 370 cc, Output= 300 cc, Total = + 70, **A**: Masalah belum teratasi, **P**: Intervensi manajemen cairan no. 1-6 dilanjutkan. Untuk **diagnosa 2**: Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis **S**: pasien mengatakan saat makan tidak ada rasa mual, **O**: BB 44 kg, TB : 156 cm, pasien menghabiskan makanan yang disediakan, terapi diet rendah garam dan batasi cairan, pasien tidak muntah, status gizi underweight, **A**: Masalah belum teratasi, **P**: Intervensi manajemen nutrisi no. 1 dan 2 dilanjutkan.

4.2 Saran

4.2.1 Bagi Penulis

Dalam melaksanakan praktek diharapkan menguasai konsep dasar materi yang dibahas dan menyesuaikan dengan keadaan di lapangan praktek sehingga dapat memperkaya wawasan berpikir penulis tentang asuhan keperawatan pada anak dengan gagal ginjal kronik.

4.2.2 Bagi Institusi

Diharapkan dapat memperbanyak fasilitas dalam proses pendidikan dan melengkapi perpustakaan dengan buku-buku keperawatan khususnya buku tentang asuhan keperawatan pada anak dengan gagal ginjal kronik.

4.2.3 Bagi Rumah Sakit

Untuk pihak rumah sakit khususnya perawat, dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronik diharapkan dapat melakukan setiap tindakan sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan, dan memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga tentang penyakit gagal ginjal kronik sehingga pasien dan keluarga dapat berpartisipasi dalam program pengobatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. 2016. *Nursing Interventions Classification*. Edisi Keenam. Indonesia.
- Harrison. 2013. Nefrologi Dan Gangguan Asam-Basa. Cetakan 2. Jakarta : EGC.
- Herdman H, Kamitsuru S. 2016. *Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi*. Edisi 10. Jakarta : EGC.
- Infodatin. 2017. *Situasi Penyakit Ginjal Kronis*. Jakarta Selatan.
- Lemone P, Burke KM, Bauldoff G. 2017. *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Eliminasi*. Edisi 5. Jakarta : EGC.
- Margareth TH, Rendy CM. 2012. *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Penyakit Dalam*. Cetakan 1. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. 2016. *Nursing Outcomes Classification*. Edisi Kelima. Indonesia.
- Nurarif AH, Hardhi K. 2013. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & Nanda NIC-NOC*. Jilid 1. Yogyakarta : Media Action.
- Pranata AE, Prabowo E. 2014. *Asuhan Keperawatan Sistem Perkemihan*. Cetakan Pertama. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Price SA, Wilson LM. 2012. *Patofisiologi*. Edisi 6. Volume 2. Jakarta : EGC.
- Rudolph AM, Hoffman JIE, Rudolph CD. 2014. *Buku Ajar Pediatri*. Edisi 20. Jakarta : EGC.
- Wong LD, Wilson D, Winkelstein ML. 2009. *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*. Volume 2. Jakarta : EGC.
- Wong LD, Kasprisin CA, Hess CS. 2012. *Pedoman Klinis Keperawatan Pediatrik*. Edisi 4. Jakarta : EGC.
- 2018. *Buku Register Ruang Kenanga RSUD*. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

LAMPIRAN

Lampiran 1 : Jadwal Kegiatan

Kegiatan	Bulan																							
	Mei								Juni															
	24	25	26	27	28	29	30	31	1	3	4	7	8	10	11	12	14	15	16	17	18	19	24	
Pembekalan																								
Lapor diri di Rumah sakit dan pengambilan kasus																								
Ujian praktek																								
Perawatan kasus																								
Penyusunan Studi Kasus dan konsultasi dengan pembimbing																								
Ujian sidang																								
Revisi hasil ujian sidang																								
Pengumpulan studi kasus																								

Lampiran 2: Format Asuhan Keperawatan



POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES REPUBLIK INDONESIA
JURUSAN KEPERAWATAN KUPANG

Jln. Piet A. Tallo Liliba Kupang Telp/ Fax: (0380) 881045



FORMAT PENGKAJIAN

KEPERAWATAN ANAK

Nama Mahasiswa : Rutas E. Seran
NIM : PO. 530320116326
Tempat Praktek : Ruang Kenanga
Tanggal Pengkajian : Senin, 27 Mei 2019

I. IDENTITAS KLIEN

NO. MR	: 513475
Nama Klien (inisial)	: An. A. L
Nama Orang Tua	: Ny. L. S
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Alamat	: Fatuhao, Kefamenanu
Tanggal Lahir	: 1 Juni 2002
Diagnosa Medis	: Gagal Ginjal Kronik
Tanggal Masuk	: 25/05/2019
Tanggal Pengkajian	: Senin, 27 Mei 2019

II. KELUHAN UTAMA

Pasien mengeluh bengkak pada kedua kaki, bengkak pada pipi dan perut kembung

Keadaan Umum : ☐ sakit ringan ☒ **sakit sedang** ☐ sakit berat GCS: E4V5M6

Kesadaran : ☒ **Cm** ☐ Apatis ☐ Sopor ☐ Coma

Tanda Vital :

Suhu: 36,7°C Nadi: 97×/mnt

Pernapasan : 18×/mnt Tekanan darah: 120/80 mmHg

III. RIWAYAT KEHAMILAN DAN KELAHIRAN

✓ Prenatal

Tempat pemeriksaan kehamilan : Di Puskesmas Tamis, Kefamenanu.

Frekuensi pemeriksaan kehamilan : Setiap bulan rutin memeriksa kehamilan di puskesmas.

Sakit yang diderita atau keluhan : Tidak pernah sakit.

✓ Intranatal

Tempat persalinan : Di Puskesmas Tamis, Kefamenanu.

Tenaga penolong : Ditolong oleh Bidan.

Jenis persalinan : ☐ **Spontan** ☐ SC ☐ Forcep ☐ Induksi

Usia kehamilan : 36 minggu Berat badan lahir : 2600 gram

Apgar Score : Panjang badan lahir : ----- cm

Menangis : ☐ **Ya** ☐ Tidak, Nilai Apgar : Jaundice: ☐ ya ☐ **tidak**

✓ Postnatal

Lama mendapat ASI : 2 Tahun.

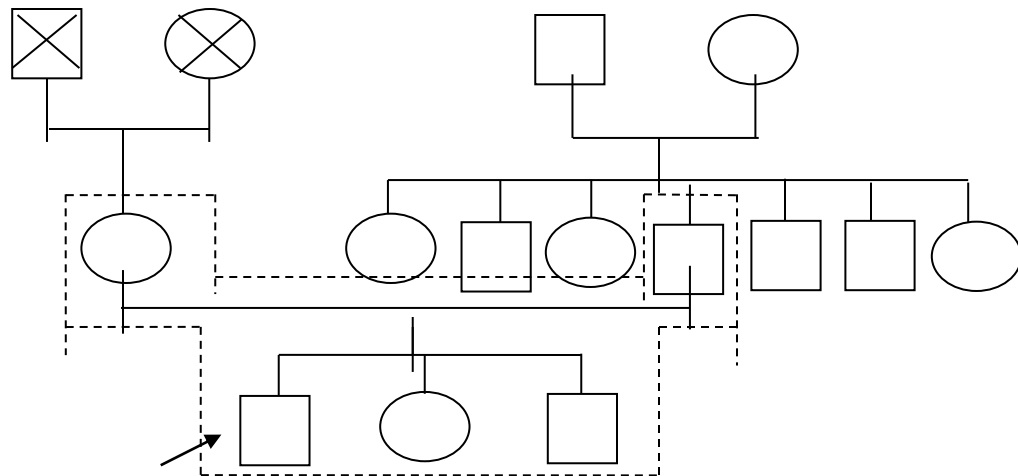
ASI eksklusif : ☐ **ya** ☐ tidak

Usia mendapatkan MP-ASI: 6 bulan sudah MP-ASI.

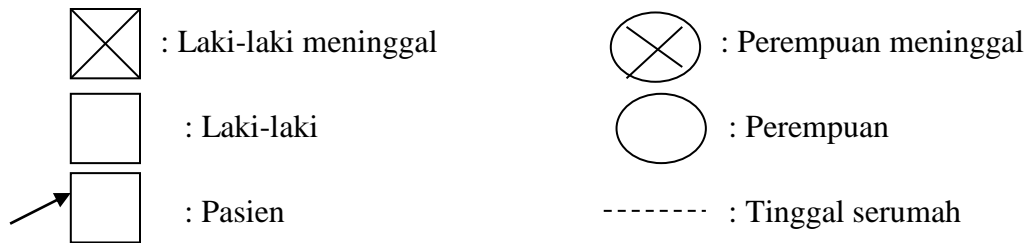
IV. RIWAYAT MASA LAMPAU

1. Penyakit waktu kecil : Hanya batuk, pilek dan demam.
2. Pernah dirawat di RS : --
3. Obat-obatan yang digunakan : Kalau flu minum obat Procold dan Bodrex.
4. Tindakan (operasi) : Pasien tidak pernah melakukan operasi sebelumnya.
5. Alergi : ☐ ya ☐ **tidak** sebutkan.....
6. Kecelakaan : Pasien pernah kecelakaan motor Tahun 2016.
7. Imunisasi dasar : hepatitis : ☐ I ☐ II ☐ III **BCG** : ☐
DPT : ☐ I ☐ II ☐ III **Campak** : ☐
Polio : ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV

V. RIWAYAT KELUARGA (DISERTAI GENOGRAM)



Keterangan :



VI. RIWAYAT SOSIAL

1. Orang mengasuh : Orangtua.
2. Hubungan dengan anggota keluarga : Baik
3. Hubungan anak dengan teman sebaya : Baik
4. Pembawaan secara umum :
5. Lingkungan rumah : Orangtua mengatakan lingkungan rumah bersih, masih banyak pepohonan dan lingkungan tempat tinggal tidak padat perumahan.

VII. KEBUTUHAN DASAR

1. Nutrisi

Makanan yang disukai/tidak disukai : Makanan yang paling disukai pasien adalah telur, tahu, tempe dan makanan yang tidak disukai ikan dan daun singkong.

Selera : Nafsu makan baik dan tidak ada nyeri saat menelan.

Alat makan yang digunakan : Piring, sendok, gelas.

Pola makan/jam : Makan pagi jam 07.00, makan siang jam 12.00 dan makan malam jam 19.00.

2. Istirahat dan tidur

Pola tidur : Saat ini pasien tidur malam jam 22.00 dan bangun jam 06.00, tidak ada gangguan tidur.

Kebiasaan sebelum tidur (perlu mainan, dibacakan cerita, benda yang dibawa saat tidur, dll) : Pasien mengatakan tidak ada kebiasaan yang dilakukan sebelum tidur.

Jam tidur siang dan lama tidur : Pasien mengatakan jarang tidur siang, kalau tidur biasanya tidur jam 15.00 bangun jam 17.00.

Jam tidur malam dan lama tidur : Tidur malam biasanya jam 22.00 dan bangun jam 06.00. Lama tidur 8 jam.

3. Personal hygiene

Mandi : Pasien mengatakan saat ini belum mandi Keramas : Saat ini belum keramas.

Sikat gigi : 1x dalam sehari. Gunting kuku : Kalau panjang baru digunting.

4. Aktivitas bermain : -----
5. Eliminasi (urine dan bowel) : Saat dikaji BAK sudah 2x banyak dan berwarna kuning pekat. BAB sudah 2x.

VIII. KEADAAN KESEHATAN SAAT INI

1. Tindakan operasi : Tidak ada tindakan operasi.
2. Status nutrisi : Underweight.
3. Status cairan : Saat ini terpasang infus RL 500 cc/24 Jam 7 tpm di tangan kiri dan dianjurkan untuk membatasi cairan.
4. Obat yang didapat : Captopril 3x1 mg, Prednison 5 mg, dan Furosemid 20 mg/IV.
5. Aktivitas : Semua aktivitas dapat dilakukan oleh pasien sendiri seperti makan, ke kamar mandi, berdiri dan duduk.
6. Pemeriksaan penunjang meliputi :
 - a. Laboratorium (tgl/jam) : (25 Mei 2019 Jam 21.22)
 - Hemoglobin 6,1 g/dL (L)
 - BUN 124.0 mg/dL (H)
 - Kreatinin darah 7.09 mg/dL (H)
 - b. Radiologi (tgl/jam) : ----
7. Dampak hospitalisasi : Pasien mengatakan tidak bisa pergi ke sekolah.

IX. PEMERIKSAAN FISIK

1. Keadaan umum :
2. Tinggi badan : 156 Cm Berat badan saat ini : 43 Kg BB sebsakit: 49 Kg
3. Kepala
 - Lingkar kepala : 53 Cm
 - Ubun-ubun anterior : Datar dan keras
 - Ubun-ubun posterior : Datar dan keras
4. Leher : kaku kuduk : ☐ya ☒**tidak**
 Pembesaran limfe : ☐ya ☒**tidak**
5. Mata :
 Konjungtiva : ☒**anemis** ☐merah mudah
 Sklera : ☒**putih** ☐ikterik ☐kemerahan
6. Telinga : ☒**bersih** ☐kotor Simetris: ☒ya ☐tidak
 Gangguan pendengaran: ☐ya ☒**tidak**
 Sekresi/serumen : ☐ya ☒**tidak** Nyeri : ☐ya
☒**tidak**
7. Hidung : Secret ☐ya ☒**tidak**

8. Mulut : Mukosa: ☐lembab ☐kering ☐kotor
☐sariawan
- Lidah : ☐lembab ☐kering ☐kotor ☐jamur
- Gigi : ☐bersih ☐kotor ☐karies
9. Dada : Simetris, tidak ada retraksi dinding dada, irama napas teratur dan dalam, tidak ada lesi. Lingkar dada: 78 Cm
10. Jantung : Bunyi S1/S2 tunggal, tidak ada pembesaran jantung.
11. Paru-paru : Suara napas vesikuler, tidak ada wheezing ataupun ronchi.
12. Abdomen : ☐lembek ☐kembung ☐tegang
 lingkar perut: 80 Cm Bising usus : ☐ya ☐tidak frekuensi: 8 x/menit
 Mual : ☐ya ☐tidak
 Muntah : ☐tidak ☐ya, frekuensi.....x
13. Genitalia : perempuan : vagina: ☐bersih ☐kotor
 Menstruasi: ☐ya ☐tidak
 Pemasangan kateter: ☐ya ☐tidak
- Laki-laki: preputrium: ☐bersih ☐tidak
☐phimosi
- Hipospadia: ☐ya ☐tidak
- Skrotum: testis kanan/kiri: ☐ya ☐tidak
- Pemasangan kateter: ☐ya
☐tidak
- Sirkumsisi: ☐ya ☐tidak
14. Ekstremitas : Pergerakan sendi: ☐bebas ☐terbatas ☐lain-lain
 Berjalan : ☐normal ☐tidak normal
 Kekuatan otot: ☐normal ☐tidak normal
 Fraktur: ☐ya ☐tidak
 Ketrampilan motorik: ☐baik ☐tidak

X. PEMERIKSAAN TINGKAT PERKEMBANGAN (gunakan KPSP)

1. Sosialisasi dan kemandirian

.....

2. Motorik kasar

.....
.....

3. Motorik halus

4. Kemampuan bicara dan bahasa

Kesimpulan : ☐sesuai usia ☐meragukan ☐penyimpanan

Intervensi yang diberikan :

1.
.....
2.
.....
3.
.....
4.

XI. INFORMASI LAIN

1. Pengetahuan orang tua

Orangtua mengatakan tidak mengetahui apa itu penyakit gagal ginjal kronik, penyebab, tanda dan gejala, pencegahan dan penanganan gagal ginjal kronik.

2. Persepsi orang tua terhadap penyakit anaknya

Orangtua mengatakan takut dengan sakit yang dialami oleh anaknya.

Kupang, 27 Mei 2019

Yang mengkaji

(Rutas E. Seran)

NIM. P0. 530320116326

B. Diagnosa Keperawatan

1) Analisa Data

NO.	Data-Data	Masalah	Etiologi
1.	<p>DS: Pasien mengatakan bengkak pada kedua kaki, bengkak pada pipi, perut kembung.</p> <p>DO: TTV TD 120/80 mmHg, Nadi 97x/menit, RR 18x/menit, Suhu 36,7⁰C, terdapat udem pada kedua kaki, pada wajah khususnya pada pipi dan palbebra, udem +2, saat ini terpasang infus Rnger Laktat 7 tpm, BUN 12.0 mg/dL (H), Hemoglobin 6,1 g/dL (L), konjungtiva anemis, telapak tangan tampak pucat, pasien tidak sesak napas saat melakukan aktivitas.</p>	Kelebihan volume cairan	Gangguan mekanisme regulasi
2.	<p>DS: Pasien mengatakan muntah 1x berisi makanan pada hari minggu malam dan mengatakan rasa tidak enak di mulut.</p> <p>DO: Tinggi badan 156 cm, Berat badan saat ini 43 kg, Berat badan sebelum sakit 49 kg, IMT 17.6, BBI 50.4, saat ini pasien mendapat terapi diet garam, dan batasi asupan cairan.</p>	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	Faktor biologis
3.	DS: Pasien mengatakan sejak masuk rumah sakit belum pernah mandi dan belum	Defisit perawatan diri	Kendala lingkungan

	<p>pernah keramas rambut karena kurangnya alat-alat untuk mandi dan cuci rambut seperti ember, gayung, sampo, sabun, dan tidak ada tirai pembatas di setiap tempat tidur dan pasien hanya sikat gigi saja.</p> <p>DO: Badan tampak kotor, kuku pendek dan kotor, gigi bersih, lidah bersih, rambut panjang dan berketombe, tidak ada karies gigi.</p>		
4.	<p>DS: Keluarga pasien mengatakan tidak mengetahui apa itu penyakit gagal ginjal kronik, penyebab dan tanda gejala penyakit gagal ginjal kronik.</p> <p>DO: Saat ditanya tentang pengertian, tanda dan gejala dan penanganan gagal ginjal kronik, pasien dan keluarga mengatakan tidak tahu dan menggeleng kepala.</p>	Defisiensi pengetahuan	Kurang informasi

2) Diagnosa Keperawatan

1. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis.
3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kendala lingkungan.
4. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi.

C. Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
1.	Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.	<p>Keseimbangan Cairan (Kode: 0601).</p> <p>Keseimbangan cairan di dalam ruang intraseluler dan ekstraseluler tubuh ditingkatkan dari 2 (banyak terganggu) menjadi 4 (sedikit terganggu) dengan indicator :</p> <ul style="list-style-type: none"> e) Keseimbangan intake dan output dalam 24 jam meningkat dari 2 (banyak terganggu) menjadi 4 (sedikit terganggu). f) Tekanan darah meningkat dari 3 (cukup terganggu) menjadi 5 (tidak terganggu). g) Berat badan stabil meningkat dari 4 (sedikit terganggu) menjadi 5 (tidak terganggu). h) Asites meningkat dari 3 (sedang) menjadi 5 (tidak ada). 	<p>Manajemen Cairan (Kode: 4120).</p> <ul style="list-style-type: none"> 7 Timbang berat badan setiap hari dan monitor status pasien. 8 Jaga intake/ asupan yang akurat dan catat output (pasien). 9 Monitor hasil laboratorium yang relevan dengan retensi cairan (misalnya, peningkatan berat jenis, peningkatan BUN, penurunan hematokrit, dan peningkatan kadar osmolaritas urin). 10 Monitor tanda-tanda vital pasien. 11 Kaji lokasi dan luasnya edema, jika ada. 12 Berikan cairan dengan tepat. <p>Monitor cairan (Kode: 1130).</p> <ul style="list-style-type: none"> 7 Catat dengan akurat asupan dan pengeluaran (misalnya asupan oral, asupan pipa makanan, asupan IV, antibiotik, cairan yang diberikan dengan obat-obatan, tabung nasogastrik, muntah, dan air seni). 8 Monitor asupan dan pengeluaran. 9 Monitor tekanan darah, denyut jantung, dan status pernapasan. 10 Monitor tanda dan gejala

			<p>asites.</p> <p>11 Batasi dan alokasikan asupan cairan.</p> <p>12 Monitor warna, kuantitas, dan berat jenis urine.</p>
2.	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis.	<p>Status nutrisi (Kode: 1004).</p> <p>Sejauh mana nutrisi dicerna dan diserap untuk memenuhi kebutuhan metabolik ditingkatkan dari 3 (cukup menyimpang dari rentang normal) menjadi 4 (sedikit menyimpang dari rentang normal) dengan indikator :</p> <p>d) Asupan makanan meningkat ditingkatkan dari 4 (sedikit menyimpang dari rentang normal) menjadi 5 (tidak menyimpang dari rentang normal).</p> <p>e) Asupan cairan meningkat ditingkatkan dari 3 (cukup menyimpang dari rentang normal) menjadi 5 (tidak menyimpang dari rentang normal).</p> <p>f) Rasio berat badan/ tinggi badan ditingkatkan dari 3 (cukup menyimpang dari rentang normal) menjadi 5 (tidak menyimpang dari rentang normal).</p>	<p>Manajemen Nutrisi (Kode: 1100).</p> <p>4 Lakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan.</p> <p>5 Anjurkan pasien terkait dengan kebutuhan diet untuk kondisi sakit (yaitu untuk pasien dengan penyakit ginjal, pembatasan natrium, kalium, protein, dan cairan).</p> <p>6 Monitor kalori dan asupan makanan.</p> <p>Monitor Nutrisi (Kode: 1160).</p> <p>4 Timbang berat pasien.</p> <p>5 Monitor adanya mual dan muntah.</p> <p>6 Lakukan pemeriksaan laboratorium, monitor hasilnya (misalnya kolesterol, serum albumin, transferin, prealbumin, nitrogen urin selama 24 jam, BUN, kreatinin, Hb, Ht, limfosit total dan nilai elektrolit).</p>
3.	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kendala lingkungan.	<p>Perawatan diri: Kebersihan (Kode: 0305).</p> <p>Tindakan seseorang untuk</p>	<p>Memandikan (Kode: 1610).</p> <p>3 Bantu (memandikan pasien) dengan</p>

		<p>mempertahankan kebersihan diri dan menjaga penampilan secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu ditingkatkan dari 3 (cukup terganggu) menjadi 5 (tidak terganggu) dengan indikator:</p> <p>f) Mempertahankan kebersihan tubuh meningkat, ditingkatkan dari 3 (cukup terganggu) menjadi 5 (tidak terganggu).</p> <p>g) Mempertahankan penampilan yang rapi meningkat, ditingkatkan dari 3 (cukup terganggu) menjadi 5 (tidak terganggu).</p> <p>h) Memperhatikan kuku kaki ditingkatkan dari 3 (cukup terganggu) menjadi 5 (tidak terganggu).</p> <p>i) Memperhatikan kuku jari tangan meningkat, ditingkatkan dari 3 (cukup terganggu) menjadi 5 (tidak terganggu).</p> <p>j) Mengeramas rambut meningkat, ditingkatkan dari 3 (cukup terganggu) menjadi 5 (tidak terganggu).</p>	<p>menggunakan kursi untuk mandi, bak tempat mandi, mandi dengan berdiri, dengan menggunakan cara yang tepat atau sesuai dengan keinginan (pasien).</p> <p>4 Cuci rambut sesuai dengan kebutuhan atau keinginan.</p> <p>Perawatan rambut dan kulit kepala (Kode: 1670).</p> <p>4 Siapkan perlengkapan untuk membersihkan rambut (misalnya baskom, shampoo, bantalan tahan air, dan handuk).</p> <p>5 Bantu pasien berada pada posisi yang nyaman.</p> <p>6 Cuci dan kondisikan rambut, memijatkan sampo dan kondisioner ke kulit kepala dan rambut.</p> <p>Perawatan Kuku (Kode: 1670).</p> <p>3 Monitor atau bantu membersihkan kuku sesuai dengan kemampuan perawatan diri individu.</p> <p>4 Monitor atau bantu pemangkasan kuku sesuai dengan kemampuan perawatan diri individu.</p>
--	--	--	--

			<p>Bantuan perawatan diri : mandi/ kebersihan (Kode: 1801).</p> <p>4 Fasilitasi pasien untuk mandi sendiri, dengan tepat.</p> <p>5 Fasilitasi pasien untuk menggosok gigi dengan tepat.</p> <p>6 Berikan bantuan sampai pasien benar-benar mampu merawat diri sendiri secara mandiri.</p>
4.	Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi.	<p>Pengetahuan: Manajemen penyakit ginjal (Kode: 1857).</p> <p>Tingkat pemahaman yang disampaikan tentang penyakit ginjal, pengobatan, pencegahan, perkembangan penyakit dan komplikasi dengan indikator :</p> <p>f) Tanda dan gejala penyakit ginjal meningkat, ditingkatkan dari 2 (pengetahuan terbatas) menjadi 4 (pengetahuan Banyak).</p> <p>g) Faktor-faktor penyebab dan faktor yang berkontribusi ditingkatkan dari 2 (pengetahuan terbatas) menjadi 4 (pengetahuan Banyak).</p> <p>h) Tanda dan gejala kelebihan volume cairan meningkat, ditingkatkan dari 2 (pengetahuan</p>	<p>Pengajaran: proses penyakit (Kode: 5602).</p> <p>7 Kaji tingkat pengetahuan pasien terkait dengan proses penyakit yang spesifik.</p> <p>8 Review pengetahuan pasien mengenai kondisinya.</p> <p>9 Jelaskan tanda dan gejala yang umum dari penyakit, sesuai kebutuhan.</p> <p>10 Berikan informasi pada pasien mengenai kondisinya, sesuai kebutuhan.</p> <p>11 Jelaskan komplikasi kronik yang mungkin ada, sesuai kebutuhan.</p> <p>12 Edukasi pasien mengenai tindakan untuk mengontrol/ meminimalkan gejala, sesuai kebutuhan.</p>

		<p>terbatas) menjadi 4 (pengetahuan Banyak).</p> <p>i) Pembatasan cairan meningkat, ditingkatkan dari 2 (pengetahuan terbatas) menjadi 4 (pengetahuan Banyak).</p> <p>j) Pentingnya pemantauan intake dan output meningkat, ditingkatkan dari 2 (pengetahuan terbatas) menjadi 4 (pengetahuan Banyak).</p>	
--	--	--	--

D. Implementasi Keperawatan

No.	Hari & tanggal	Diagnosa Keperawatan	Jam	Implementasi
1.	Senin, 27 Mei 2019.	Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.	10.00	1. Mengkaji pasien 2. Mengukur tanda-tanda vital pasien.
		Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis.	10.00	1. Mengukur BB, TB, Lila, LD, LK dan LP.
		Defisit perawatan diri berhubungan dengan kendala lingkungan.	10.30	1. Mengganti laken dan merapikan lingkungan sekitar pasien.
			11.00	2. Membantu menyiapkan alat dan menganjurkan pasien untuk menggosok gigi sebelum makan.
		Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.	11.40	1. Melayani infus Albumin 20% 100 cc 7 tpm.
			12.00	2. Monitor tanda-tanda vital pasien.

		Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi.	13.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji tingkat pengetahuan pasien dan keluarga tentang penyakit gagal ginjal kronik. 2. Memberikan informasi kepada pasien dan keluarga tentang tanda dan gejala umum dari penyakit gagal ginjal kronik.
		Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.	14.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencatat intake dan output pasien dari jam 07.00 sampai jam 14.00.
2.	Selasa, 28 Mei 2019.	Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.	08.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor keadaan umum pasien dan menghitung intake dan output pasien.
		Defisit perawatan diri berhubungan dengan kendala lingkungan.	09.30	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu menggunting kuku pasien.
			10.00	<ol style="list-style-type: none"> 2. Merapikan lingkungan sekitar pasien dan menganjurkan keluarga untuk membantu memandikan pasien mandi pada sore hari.
		Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.	10.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor produksi urin.
			11.00	<ol style="list-style-type: none"> 2. Monitor jumlah cairan yang diminum oleh pasien.
			12.00	<ol style="list-style-type: none"> 3. Mengukur tanda-tanda vital pasien dan melayani terapi oral Prednison 25 mg.
		Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis.	12.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan makan kepada pasien dan monitor porsi makan yang dihabiskan.
		Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi.	12.45	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji kembali pengetahuan pasien dan keluarga tentang penyakit gagal ginjal kronik dan menjelaskan kepada pasien dan

		Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.	14.00	keluarga tentang pentingnya membatasi cairan yang diminum. 1. Mencatat intake dan output pasien dari jam 07.00 sampai jam 14.00.
3.	Rabu, 29 Mei 2019	Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.	07.48 08.00 09.00 09.20 12.00 14.00	1. Mengukur intake dan output pasien. 2. Melayani obat Amoksisilin/oral 1 tablet, obat Prednison/oral 5 tablet, obat Captopril/oral 1 tablet. 3. Monitor asupan dan haluaran cairan. 4. Mengukur BB dan TB pasien. 5. Mengkaji adanya udem. 6. Mengukur tanda-tanda vital pasien. 7. Mencatat intake dan output pasien dari jam 07.00 sampai jam 14.00.
		Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis.	12.00	1. Memberikan makan kepada pasien dan menganjurkan keluarga untuk membatasi cairan yang masuk.
		Defisit perawatan diri berhubungan dengan kendala lingkungan.	08.20 09.00	1. Membantu memandikan dan mencuci rambut pasien. 2. Mengganti laken tempat tidur dan merapikan lingkungan sekitar pasien.
		Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi.	13.15 13.20	1. Mengkaji tingkat pemahaman pasien dan keluarga mengenai penyakit gagal ginjal kronik. 2. Memberikan penyuluhan kepada pasien dan keluarga tentang penyakit gagal ginjal kronik.
4.	Kamis, 30 Mei 2019	Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.	08.00 12.00	1. Monitor asupan dan haluaran cairan. 2. Mengkaji adanya udem, mengukur BB dan TB pasien. 3. Mengukur tanda-tanda vital pasien.

			14.00	4. Mencatat intake dan output pasien dari jam 07.00 sampai jam 14.00.
		Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis.	12.00	1. Memberikan makan kepada pasien, menganjurkan pasien dan keluarga untuk mengukur banyaknya cairan setiap kali minum.
		Defisit perawatan diri berhubungan dengan kendala lingkungan.	09.00	1. Membantu menyiapkan alat dan mengajarkan kepada keluarga cara memandikan dan mencuci rambut pasien.
			09.40	2. Mengganti laken dan merapikan lingkungan sekitar pasien.

E. Evaluasi Keperawatan

No.	Hari & tanggal	Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi
1.	Senin,	14.00	Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.	S: Pasien mengatakan kaki dan pipi masih bengkak. O: TTV TD: 120/80 mmHg, S: 36,5 ⁰ C, N: 97x/menit, RR: 19x/menit, pasien tidak sesak saat beraktivitas, tampak udem pada kedua ekstremitas bawah, pada pipi dan palpebra, ada asites, udem +1, terpasang infus RL 7 tpm, BB 43 Kg. A: Masalah belum teratasi. P: Intervensi 1-6 dilanjutkan.
		12.00	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis.	S: Pasien mengatakan tidak ada rasa mual dan muntah. O: TB: 156 Cm, BB saat ini 43 Kg, BB sebelum sakit 49 kg, IMT: 17.6, BBI: 50.4, pasien menghabiskan semua makanan yang disediakan, pasien tidak

		13.00	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kendala lingkungan.	<p>mual ataupun muntah.</p> <p>A: Masalah belum teratasi.</p> <p>P: Intervensi manajemen nutrisi no. 1,2 dan timbang BB pasien dilanjutkan.</p> <p>S: Pasien mengatakan sejak masuk rumah sakit sampai sekarang belum pernah mandi dan keramas, hanya dilap dan sikat gigi saja.</p> <p>O: Pasien tampak kotor, rambut panjang dan berketombe, kuku pendek dan kotor, gigi bersih, lidah bersih, lingkungan sekitar pasien bersih.</p> <p>A: Masalah defisit perawatan diri belum teratasi.</p> <p>P: Intervensi memandikan no. 1-2: perawatan rambut dan kulit kepala no. 1-3: perawatan kuku no. 1-2: bantuan perawatan diri no. 1 dan 3 dilanjutkan.</p>
		13.30	Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi.	<p>S: Pasien dan keluarga mengatakan tidak tahu apa itu penyakit gagal ginjal kronik.</p> <p>O: Pasien dan keluarga dapat menyebutkan kembali tanda dan gejala umum dari penyakit gagal ginjal kronik.</p> <p>A: Masalah defisiensi pengetahuan belum teratasi.</p> <p>P: Intervensi no. 2,4,5 dan 6 dilanjutkan.</p>
2.	Selasa, 28 Mei 2019	14.00	Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.	<p>S: Pasien mengatakan masih bengkak pada kedua pipi, kedua kakii dan perut kembung.</p> <p>O: TTV TD: 110/90 mmHg, N: 48x/menit, S: 36.5⁰C, RR: 20x/menit. terdapat udem pada kedua ekstremitas bawah, udem +1, terdapat udem pada kedua pipi dan palbebra, ada asites, terpasang infuse RL 7 tpm, balans cairan dari jam 07.00</p>

				<p>sampai jam 14.00 Input 700 CC, output 650 cc, Total + 50.</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi monitor cairan no. 1-6 dilanjutkan</p>
		13.00	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis.	<p>S: Pasien mengatakan tidak mual dan muntah.</p> <p>O: BB 43 kg, TB: 156 cm, pasien menghabiskan porsi makanan yang disediakan, saat ini terapi diet rendah garam dan batasi cairan.</p> <p>A: Masalah belum teratasi.</p> <p>P: Intervensi monitor nutrisi no. 1-3 dilanjutkan.</p>
		11.40	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kendala lingkungan.	<p>S: Pasien mengatakan belum mandi dan keramas, hanya dilap dan sikat gigi saja.</p> <p>O: Gigi bersih, lidah bersih, lingkungan sekitar pasien bersih, kuku pendek dan bersih, kulit bersih, rambut panjang dan berketombe, pasien dapat melakukan aktivitas dengan mandiri seperti makan, ke kamar mandi, berjalan dan duduk.</p> <p>A: Masalah belum teratasi.</p> <p>P: Intervensi memandikan no. 1-2; perawatan rambut dan kulit kepalano. 1-3; bantuan perawatan diri 1 dan 3 dilanjutkan.</p>
		12.50	Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi.	<p>S: Pasien dan keluarga mengatakan hanya tahu tanda dan gejala umum dari penyakit gagal ginjal kronik.</p> <p>O: Pasien dan keluarga dapat menyebutkan kembali tanda dan gejala penyakit gagal ginjal kronik serta dapat menyebutkan kembali akibat jika tidak batasi minum yaitu membuat bengkak semakin parah.</p>

				<p>A: Masalah belum teratasi. P: Intervensi no. 4-6 dilanjutkan.</p>
3.	Rabu, 29 Mei 2019	14.00	Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.	<p>S: Pasien mengatakan badan masih bengkak terutama pada kaki. O: Terdapat udem pada kedua kaki, kedua pipi, pada palpebra dan ada asites. Udem +2, TTV TD: 130/70 mmHg, S: 36,3°C, N: 86x/menit, RR: 20x/menit. BB: 44 kg, TB: 156 cm. Balans cairan dari jam 07.00 sampai jam 14.00 Input 470 cc, Output= 350 cc, Total = + 120. A: Masalah belum teratasi. P: Intervensi monitor cairan no. 1-6 dilanjutkan.</p>
		13.00	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis.	<p>S: Pasien mengatakan dari pagi tidak ada rasa mual. O: BB 44 kg, TB: 156 cm, pasien menghabiskan makanan yang disediakan, terapi diet rendah garam dan batasi cairan, pasien tidak muntah. A: Masalah belum teratasi. P: Intervensi monitor nutrisi no. 1 dan 2 dilanjutkan.</p>
		09.30	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kendala lingkungan.	<p>S: Pasien mengatakan badan segar dan rambut tidak gatal. O: Gigi bersih, lidah bersih, lingkungan sekitar pasien bersih, rambut bersih dan mengkilat, kuku tangan dan kaki pendek dan tampak bersih. A: Masalah teratasi. P: Intervensi bantuan perawatan diri no. 1-3 dilanjutkan.</p>

		13.30	Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi.	<p>S: Pasien dan keluarga mengatakan mengerti dengan penjelasan yang diberikan.</p> <p>O: Saat ditanya kembali tentang penyebab, tanda dan gejala, pencegahan, penanganan dan komplikasi pasien dan keluarga dapat menyebutkan kembali dengan benar.</p> <p>A: Masalah teratasi.</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>
4.	Kamis, 30 Mei 2019	14.00	Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.	<p>S: Pasien mengatakan badan masih bengkak terutama pada kaki.</p> <p>O: Terdapat udem pada kedua kaki, kedua pipi, pada palpebra dan ada asites. Udem +2, TTV TD: 130/70 mmHg, S: 36,3⁰C, N: 86x/menit, RR: 20x/menit. BB: 44 kg, TB: 156 cm. Balans cairan Input 370 cc, Output= 300 cc, Total = + 70.</p> <p>A: Masalah belum teratasi.</p> <p>P: Intervensi manajemen cairan no. 1-6 dilanjutkan.</p>
		13.00	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis.	<p>S: Pasien mengatakan saat makan tidak ada rasa mual.</p> <p>O: BB 44 kg, TB : 156 cm, pasien menghabiskan makanan yang disediakan, terapi diet rendah garam dan batasi cairan, pasien tidak muntah, status gizi underweight.</p> <p>A: Masalah belum teratasi.</p> <p>P: Intervensi manajemen nutrisi no. 1 dan 2 dilanjutkan.</p>
		14.00	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kendala lingkungan.	<p>S: Pasien mengatakan badan segar dan rambut tidak gatal.</p> <p>O: Gigi bersih, lidah bersih, lingkungan sekitar pasien bersih, rambut bersih dan</p>

				<p>mengkilat, kuku tangan dan kaki pendek dan tampak bersih.</p> <p>A: Masalah teratasi.</p> <p>P: Intervensi dihentikan.</p>
--	--	--	--	---

Lampiran 3

Hasil balance cairan pada :

Nama : An. A. L

Ruangan : Kenanga

Tanggal 28 Mei 2019

JAM	CAIRAN MASUK				CAIRAN KELUAR		KETERANGAN
	Oral	Jumlah	Parenteral	Jumlah Cairan yg masuk	Urine	Lain-lain	
07.00	Air	200 cc					
08.00			Infus RL (500 CC)	150 cc			
09.00			Albumin 20%	100 cc			
10.00					300 cc		
11.00							
12.00	Air	200 cc					
13.00					250 cc		
14.00			Infus RL (500 CC)	50 cc	100 cc		
TOTAL		400 cc		300 cc	650 cc		I= 700 cc O= 650 cc T= + 50
15.00			Ganti infus RL (500 cc)	50 cc			

16.00							
17.00							
18.00							
19.00	Air	110 cc					
20.00					200 cc		
21.00							
22.00			Infus RL (500 cc)	100 cc			
TOTAL		110 cc		150 cc			I= 260 cc O= 200 cc T= +60
23.00			Transfusi PRC	200 cc			
24.00							
01.00					200 cc		
02.00							
03.00							
04.00	Air	250 cc	Ganti transfusi dengan Infus Nacl (500 cc)				
05.00							
06.00					200 cc		
07.00			Infus Nacl	50 cc			

TOTAL	250 cc		250 cc	400 cc		I= 500 cc O= 400 cc T= + 100
--------------	--------	--	--------	--------	--	---

Tanggal 29 Mei 2019

JAM	CAIRAN MASUK				CAIRAN KELUAR		KETERANGAN
	Oral	Jumlah	Parenteral	Jumlah Cairan Yg masuk	Urine	Lain-lain	
07.00	Air	100 cc	Ganti Nacl (500 cc) dengan D5				
08.00							
09.00					200 cc		
10.00							
11.00							
12.00	Air	220 cc					
13.00					150 cc		
14.00			Infus D5	150 cc			
TOTAL		320 cc		150 cc	350 cc		I= 470 cc O= 350 cc T= + 120
15.00							
16.00							
17.00					200 cc		
18.00			Infus albumin	50 cc			

19.00	Air	220 cc					
20.00							
21.00							
22.00			Infus D5 (500 cc)	150 cc	150 cc		
TOTAL		220 cc		200 cc	350 cc		I= 420 cc O= 350 cc T= + 70 cc
23.00							
24.00							
01.00	Air	50 cc					
02.00					200 cc		
03.00							
04.00							
05.00							
06.00							
07.00	Air	100 cc	Infus D5 ½	200 cc	100 cc		
TOTAL		150 cc		200 cc	300 cc		I= 350 cc O= 300 cc T= + 50

Tanggal 30 Mei 2019

JAM	CAIRAN MASUK				CAIRAN KELUAR		KETERANGAN
	Oral	Jumlah	Parenteral	Jumlah Cairan yg masuk	Urine	Lain-lain	
07.00			Ganti dengan infus D5 (500 cc)				
08.00							
09.00					200 cc		
10.00							
11.00							
12.00	Air	220 cc					
13.00					100 cc		
14.00			Infus D5	150 cc			
TOTAL		220 cc		150 cc	300 cc		I = 370 cc O = 300 cc T = + 70
15.00							
16.00							
17.00					200 cc		
18.00	Air	200 cc					
19.00							

20.00							
21.00					100 cc		
22.00		100 cc	Infus D5	100 cc			
TOTAL		300 cc		100 cc	300 cc		I = 400 cc O= 300 cc T= + 100
23.00							
24.00							
01.00							
02.00							
03.00					200 cc		
04.00							
05.00	Air	100 cc					
06.00							
07.00			Ganti infus D5 dengan	200 cc			
TOTAL		100 cc		200 cc	200 cc		I= 300 cc O= 200 cc T= + 100

Lampiran 4:

SATUAN ACARA PENYULUHAN

“ GAGAL GINJAL KRONIK “



OLEH

RUTAS ELTI SERAN

PO. 530320116326

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG

PRODI D III KEPERAWATAN

2019

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Topik	: Gagal Ginjal Kronik.
Waktu	: 15-30 menit.
Sasaran	: Pasien An. A. L dan keluarga.
Tempat	: Ruang Kenanga.
Hari/ tanggal	: Rabu, 29 Mei 2019
Metode	: Ceramah dan Tanya jawab
Media	: Leaflet.

A. Tujuan

1. Tujuan instruksional Umum (TIU)

Setelah mendengarkan penyuluhan selama 30 menit, pasien dan keluarga mampu memahami tentang penanganan Gagal Ginjal Kronik.

2. Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

Setelah dilakukan penyuluhan, pasien dan keluarga mampu :

- a. Memahami tentang pengertian Gagal Ginjal Kronik.
- b. Mengetahui penyebab Gagal Ginjal Kronik.
- c. Mengetahui tentang tanda dan gejala Gagal Ginjal Kronik.
- d. Mengetahui tentang penanganan Gagal Ginjal Kronik.
- e. Mengetahui tentang komplikasi Gagal Ginjal Kronik.

B. Materi (Terlampir)

Materi yang akan disampaikan:

- a. Pengertian Gagal Ginjal Kronik
- b. Penyebab Gagal Ginjal Kronik.
- c. Tanda dan gejala Gagal Ginjal Kronik.
- d. Penanganan Gagal Ginjal Kronik.
- e. Komplikasi Gagal Ginjal Kronik.

C. Kegiatan Penyuluhan

No	Waktu	Kegiatan	Peserta
1	5 Menit	Kegiatan membuka penyuluhan <ul style="list-style-type: none"> - Mengucap salam - Memperkenalkan diri - Menjelaskan tujuan yang akan dicapai - Menjelaskan media yang akan digunakan 	<ul style="list-style-type: none"> - Menjawab salam - Mengenal petugas penyuluhan - Menyimak penjelasan
	20 menit	Kegiatan inti <ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan pengertian Gagal Ginjal Kronik. - Menjelaskan penyebab Gagal Ginjal Kronik. - Menjelaskan tanda dan gejala Gagal Ginjal Kronik. - Menjelaskan penanganan Gagal Ginjal Kronik. - Menjelaskan komplikasi Gagal Ginjal Kronik. 	<ul style="list-style-type: none"> - Menyimak dengan seksama - Pasien dan keluarga mendengarkan penjelasan
	5 menit	Kegiatan menutup penyuluhan <ul style="list-style-type: none"> - Mengajukan pertanyaan kepada keluarga. - Melakukan diskusi 	<ul style="list-style-type: none"> - Keluarga menjawab pertanyaan yang

		- Mengucapkan salam penutup	diberikan - Keluarga memberikan pertanyaan - Menjawab salam.
--	--	-----------------------------	--

D. Setting Tempat

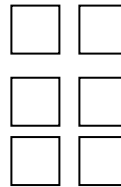
Keterangan :



: Peserta



: Penyaji



E. Evaluasi

Evaluasi proses :

1. Penyuluhan dimulai pada pukul 10.00 sampai selesai.
2. Pasien dan keluarga antusias terhadap materi penyuluhan.
3. Pasien dan keluarga konsentrasi mendengarkan penyuluhan.
4. Jumlah peserta yang hadir dalam mengikuti penyuluhan 4 Orang.
5. Sarana dan prasarana seperti : Leaflet.

Evaluasi hasil

1. Keluarga dapat menyebutkan pengertian Gagal Ginjal Kronik.
2. Keluarga dapat menyebutkan penyebab Gagal Ginjal Kronik.
3. Keluarga dapat menyebutkan tanda dan gejala dari Gagal Ginjal Kronik.
4. Keluarga dapat menyebutkan bagaimana cara penanganan Gagal Ginjal Kronik.
5. Keluarga dapat menyebutkan komplikasi dari Gagal Ginjal Kronik.

MATERI PENYULUHAN TENTANG GAGAL GINJAL KRONIK

A. Pengertian Gagal Ginjal Kronik

Gagal ginjal kronik atau penyakit ginjal tahap akhir adalah gangguan fungsi ginjal yang menahun bersifat progresif dan irreversible. Dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit yang menyebabkan uremia atau dikenal dengan retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah.

B. Tanda dan Gejala Gagal Ginjal Kronik

a. Tanda awal

1. Kehilangan energi normal
2. Peningkatan kelelahan pada aktivitas
3. Pucat, samar-samar
4. Peningkatan tekanan darah

b. Setelah penyakit berlanjut

1. Anak mengeluh sakit kepala, kram otot, mual
2. Penurunan nafsu makan (khususnya pada saat sarapan)
3. Kehilangan minat pada aktivitas normal
4. Peningkatan atau penurunan haluaran urin dengan kompensasi masukan cairan.
5. Pucat lebih terlihat
6. Penampilan kulit pucat dan keruh
7. Penurunan berat badan
8. Edema wajah
9. Malaise
10. Nyeri tulang atau sendi
11. Kulit kering atau gatal
12. Kulit memar

C. Penyebab Gagal Ginjal Kronik

1. Kegemukan
2. Pernah menderita penyakit infeksi pada saluran kemih.
3. Hipertensi atau tekanan darah tinggi.

D. Penanganan Gagal Ginjal Kronik

1. Pengaturan diet :

- Kurangi garam.
- Batasi asupan cairan yang masuk jika terdapat udem.
- Hindari makanan yang mengandung zat adiktif seperti pewarna, pengawet, penyedap rasa. (biasanya berupa makanan instan, makanan kalengan contohnya sirup, sosis, mie).
- Tingkatkan asupan kalori (nasi) dan kurangi asupan protein (daging merah, ikan, ayam).

E. Komplikasi Gagal Ginjal Kronik

1. Gangguan kalsium dan fosfor.

Mengakibatkan perubahan metabolisme tulang, yang pada gilirannya menyebabkan berhentinya pertumbuhan dan nyeri tulang.

2. Anemia

Kerusakan produksi sel darah merah dikarenakan penurunan produksi eritropoitin.

3. Gangguan pertumbuhan.

Kemungkinan disebabkan oleh faktor seperti nutrisi buruk, mual, muntah.

DOKUMENTASI KEGIATAN

Rabu, 29 Mei 2019, Penyuluhan pada pasien An. A. L dan keluarga di Ruangan Kenanga.



Lampiran 6: Lembar Konsultasi




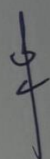
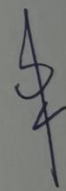
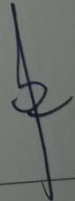
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
Direktorat : Jln. Piet A. Tallo Liliba-Kupang Telp: (0380)8800256
Fax (0380) 8800256, Email : poltekkeskupang@yahoo.com

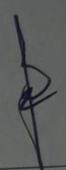

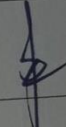


LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN STUDI KASUS

NAMA MAHASISWA : RUTAS ELTI SERAN
NIM : PO. 530320116326
NAMA PEMBIMBING : Dr. FLORENTIANUS TAT SKp., M.Kes

NO	TANGGAL	KONSULTASI	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	Jumat, 31 Mei 2019	Konsultasi judul karya tulis ilmiah, Bab 1 dan Bab 2.	Revisi Bab 1, tambahkan buku sumber, tambah angka kejadian gagal ginjal kronik di dunia, Indonesia, NTT, RSUD, revisi tujuan umum dan khusus, tambah sumber setiap paragraf, revisi patofisiologi, tambahkan pathway, tambah penjelasan di setiap tanda dan gejala, tambah penjelasan pada setiap pemeriksaan penunjang, revisi konsep teori asuhan keperawatan, tambahkan implementasi dan evaluasi menurut	

			teori, buat Bab 3.	
2.	Sabtu, 1 Juni 2019	Konsultasi Bab 1, Bab 2 dan Bab 3.	Perbaiki ketikan dan segera kirim lewat email.	
3.	Selasa, 04 Juni 2019	Konsultasi Bab 1, Bab 2, dan Bab 3.	Tambah buku referensi, tambahkan teori penyakit gagal ginjal kronik, tambahkan halaman buku sumber di setiap paragraf, perbaiki patofisiologi dan buat pathway sesuai patofisiologi, perbaiki Bab 2, intervensi keperawatan sesuaikan dengan buku sumber dan dinarasikan, revisi Bab 3, buat Bab 4.	
4.	Jumat, 07 Juni 2019	Konsultasi Bab 1, Bab 2, Bab 3 dan Bab 4.	Perbaiki pathway, buat dalam satu lembar saja. Revisi Bab 3, perbaiki penulisan riwayat kehamilan, perbaiki intervensi keperawatan. Revisi Bab 4, kesimpulan harus menjawab tujuan.	
5.	Sabtu, 08 Juni 2019	Konsultasi Bab 1, Bab 2, Bab 3 dan Bab 4.	Perbaiki NIP pembimbing. Buat abstrak. Perbaiki spasi. Buat PPT dan segera konsul.	

6.	Senin, 10 Juni 2019	Konsultasi Abstrak dan power point.	Revisi abstrak. Buat PPT hanya 10 slide. Tambahkan data yang penting ke power point.	
7.	Selasa, 11 Juni 2019		ACC untuk ujian sidang dan siap untuk ujian sidang tanggal 12 Juni 2019.	
8.	Jumat, 21 Juni 2019	Konsultasi KTI setelah dari penguji.	ACC untuk dijilid.	

Lampiran 6: Lembar Konsultasi





KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
 BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
 SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
 POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
 Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba-Kupang Telp: (0380)8800256
 Fax (0380) 8800256, Email: poltekkeskupang@yahoo.com



LEMBAR KONSULTASI
 BIMBINGAN STUDI KASUS

NAMA MAHASISWA : RUTAS ELTI SERAN
 NIM : PO. 530320116326
 NAMA PENGUJI : ABEN B. Y. H. ROMANA, S. Kep, Ns., M. Kep

NO	TANGGAL	KONSULTASI	REKOMENDASI PENGUJI	PARAF PENGUJI
1	Jumat, 14 Juni 2019	Konsultasi perbaikan Bab 1 sampai Bab 4 setelah ujian sidang.	Perbaiki penulisan gelar dosen pada pernyataan keaslian tulisan, lembar persetujuan, dan di lembar pengesahan. Perbaiki penulisan judul KTI di lembar pengesahan dengan huruf kapital hanya pada awal kata. Tambahkan lokasi pengambilan kasus di tujuan khusus. Tambahkan riwayat keluhan utama di Bab 3, bold SOAP di evaluasi keperawatan. Perbaiki kesimpulan untuk	

2.	Rabu, 26 Juni 2019	Konsultasi revisi dari pernyataan keaslian tulisan, lembar persetujuan, lembar pengesahan, dan Bab 1 sampai daftar pustaka.	Tambahkan nomor pada setiap diagnosa yang diambil, perbaiki penulisan daftar pustaka. Perbaiki pembahasan mulai dari pengkajian, diagnose, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan	
3.	Jumat, 28 Juni 2019		Perbaiki pathway ACC dari penguji, Segera konsultasi dengan pembimbing.	